FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N° 1000

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Monique MANCHELIN

Née le 24 juin 1934, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le 196

A PROPOS
DU TRANS-SEXUALISME

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1968

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Monique MANCHELIN

Née le 24 juin 1934, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

Présentée et soutenue publiquement le 196

A PROPOS
DU TRANS-SEXUALISME

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1968

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Polonovski (J.)
—	Desgrez (P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Dognon (A.)
—	Djourno (A.)
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie et Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
— —	Coujard (R.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
—	Kuss (R.)
—	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
—	Bricaire (H.)
—	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thér. génér.	Maurice (P.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Parrot (J.)
Physiologie et path. obst.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezelof (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Cliniques :
— carcinologique ..... DENOIX (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker) ..... REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) .. SOULIÉ (P.)
— cardiol. (Boucicaut) .. LENÈGRE (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* LORTAT-JACOB (J.-L.) ; BAUMANN (J.) - *Cochin :* LEGER (L.) - *Hôtel-Dieu :* PATEL (J.) - *Saint-Antoine :* GOSSET - *Salpêtrière :* SICARD (A.) - *Tenon :* OLIVIER (Cl.).
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) .. MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch) .... PADOVANI (P.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) .. CAUCHOIX (J.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) .... FÈVRE (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec). MATHEY (J.)
— dermatol. (Saint-Louis). DUPERRAT (F.)
— endocrinolog. (Pitié) .. DECOURT (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
— chir. et gynéc. (Broca) HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . DEGOS (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades) .... TURPIN (R.)
— malad. infect. (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne) DELAY (J.)
— maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière) .... CASTAIGNE (P.)
— médicales : *Bicêtre :* DEPARIS (M.) - *Broussais :* MILLIEZ (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* BARIÉTY (M.) - *Pitié :* DREYFUS (G.) - *Saint-Antoine :* CONTE (M.) ; KOURILSKY (R.) ; BOUDIN (G.).
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ... DEBRAY (Ch.)
— médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)

MM.

— médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
— néphrologique (Necker) HAMBURGER (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié) . DAVID (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) . GARCIN (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* LACOMME (M.) - *Saint-Antoine :* MERGER (R.).
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu) OFFRET (G.)
— ophtalmolog. (Cochin). BREGEAT (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
— pédiatrie (Trousseau) . MOZZICONACCI (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) THIEFFRY (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..... BROUET (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
— rhumatol. (Lariboisière) SÈZE (S. DE)
— stomatol. (Salpêtrière) . DECHAUME (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
— toxicologique (Widal) . GAULTIER (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré) ..... JUDET (R.)
— urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
— urologique (Necker) .. COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau) LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
— (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
— (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
— (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) . POILLEUX (F.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hématologie ..... ANDRÉ (R.)
BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ... BASTIN (R.)
Médecine : AZERAD (E.) ; BOUR (H.) ; CAROLI (J.) ; DREYFUS (B.) ; GROSSIORD (A.) ; LAMBLING (A.) ; LAUNAY (Cl.) ; PAYET (M.) ; PERRAULT (M.) ; SIGUIER (F.) ; WORMS (R.).
Néphrologie ..... RICHET (G.)

Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)
Neurologie ..... LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie . MADURO (R.)
Pédiatrie ..... POLONOVSKI (Cl.)
ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie ..... KREIS (B.)
MEYER (A.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MES GRANDS-PARENTS

DE MA TANTE

DU DOCTEUR VEAU

DE SŒUR ISABELLE

DE SŒUR MARIE-XAVIER

DE MADELEINE

DE JEANNE

DU DOCTEUR PARA...

DE TOUS CEUX QUE J'AI CONNUS ET AIMÉS

Leur souvenir me reste vivant, présent.

A MES PARENTS

A TOUTE LA FAMILLE ET AMIS

A MES CAMARADES DE JEUX

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉE

Ils sont trop nombreux pour que je puisse tous les nommer, mais je les assure de mon affectueuse reconnaissance.

A CLAUDE

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Directeur de l'Institut de Psychologie
Officier de la Légion d'Honneur

Il m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de ma respectueuse gratitude.

Au Docteur Paul RENARD

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Pendant plus de trois ans, j'ai été son interne.

Témoin de mes premiers pas dans la psychiatrie, il a été pour moi plus qu'un initiateur.

Très simplement, grâce à des leçons si captivantes, il a su me faire aimer l'étude du système nerveux.

Il m'a permis une collaboration très étroite et passionnante.

Je ne puis pas exprimer ici tout ce qu'il m'a apporté.

Au nom de tous les malades mentaux qu'il s'est efforcé, dans la mesure du possible, peut-être de mieux " comprendre ", je ne saurais trop le remercier.

Au Docteur Marcel CARON

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

J'ai eu l'honneur d'être son interne.

Au cours d'une longue carrière à Fleury-les-Aubrais (Loiret), son sens psychiatrique aigu ne l'a pas porté à négliger l'aspect médical.

Il a su très efficacement s'intéresser à des questions aussi ardues que la gériatrie.

Au nom de tous les internes qu'il a formés, je le prie de bien vouloir me permettre de le remercier très respectueusement.

Au Docteur Jean LÉVÊQUE

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Dont j'ai été l'interne.

Non seulement il a choisi le sujet de cette thèse, mais il y a ensuite largement contribué malgré les difficultés qui se présentaient.

A propos de la psychanalyse, il a suscité des discussions presque passionnées, des échanges d'idées très intéressants.

Ancien médecin des sanatoriums, il a su me donner le témoignage de qualités qui ont été, sont et resteront la gloire de la médecine. C'est surtout pour cela que je ne saurais trop lui prouver ma reconnaissance.

Au nom de tous les malades qu'il a soignés, puisse-t-il me laisser le remercier respectueusement et amicalement.

A TOUS MES ANCIENS PROFESSEURS

A L'ÉTABLISSEMENT PSYCHOTHERAPIQUE
DU LOIRET

Où j'ai fait mes débuts en psychiatrie, en 1961.

A Madame le Docteur Andrée DESCHAMPS

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Avant l'ère des neuroleptiques et sans recourir à la psychanalyse, elle a su, à Fleury-les-Aubrais, ouvrir des pavillons et créer une véritable sociothérapie.

Je la remercie de son intérêt.

Au Docteur VIALA

et a Madame

Au Docteur François VEILLON

Médecin du Travail

et A Monique

A Madame le Docteur Anne-Marie BANGUIO

Diplômée de Médecine Tropicale

Médecin en Martinique

et A André

Anne-Marie et moi, nous avons préparé nos cliniques ensemble.

Je ne l'oublie pas.

A MES COLLÈGUES

AU SERVICE DE RÉÉDUCATION DES ÉTHYLIQUES

A PRÉMONTRÉ (AISNE)

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Un aimable philosophe contemporain, Luigi PIRANDELLO, fait dans un de ses ouvrages cette réflexion savoureuse :

> « La vie est pleine d'absurdités, qui peuvent avoir l'effronterie de ne paraître vraisemblables ... et voulez-vous savoir pourquoi ? ... Parce que ces absurdités sont vraies. »

C'est ainsi qu'amenés à approfondir un problème d'éthylisme, quelle n'a pas été notre surprise de constater qu'il ne s'agissait pas là d'un cas banal, mais d'un sujet qui a recours à l'alcool lors de périodes dépressives. Et pourquoi ? Parce qu'il se trouve en butte à de graves difficultés psychosexuelles.

En effet, cet homme normalement constitué se considère comme une femme à qui la nature a joué un vilain tour en lui donnant des attributs virils.

Dans une discussion sur une conférence prononcée au Groupe de l'Evolution psychiatrique, le 26 avril 1960, par le Docteur ALBY, la remarque suivante était faite à propos des trans-sexualistes :

> « Ils ont l'impression de ne pouvoir garder l'objet phallique, l'objet tout court qu'à la condition de renoncer à leur pénis ; pour demeurer puissants, ces sujets nous demandent de les délivrer de ce qui pour tous fait la puissance : le pénis, et ceci peut aller jusqu'au délire. » (M. DIATKRINE.)

Ainsi, en ce qui concerne notre trans-sexualiste, le contenu de sa demande n'était pas du tout une aide psychologique pour accepter la réalité, au contraire il voulait contraindre celle-ci à se conformer à ses désirs. Par conséquent, il envisageait une intervention chirurgicale : au minimum la castration. Car comme tous les trans-sexualistes, lui-même se défini ainsi : « J'ai une âme de femme », et il supporte fort mal cette erreur incompréhensible de la nature : « Lui avoir donné un corps d'homme. »

L'étiopathogénie du trans-sexualisme a été longuement étudiée et a soulevé de nombreuses controverses. Nous ne les reprendrons pas

toutes ici. Nous dirons simplement que nous n'avons pas accédé au traitement ardemment souhaité par l'intéressé : une opération qui l'aiderait plus ou moins à réaliser son rêve : être anatomiquement une femme, puisque « telle » il se croit psychologiquement.

Force nous fut de songer à une autre thérapeutique, en l'occurrence : des neuroleptiques. Nous verrons ensuite les résultats de cet essai.

Auparavant, nous ferons un bref résumé sur ce qui a déjà été dit à propos du trans-sexualisme.

CHAPITRE I

QUELQUES BREVES NOTIONS SUR LE TRANS-SEXUALISME

De très longues études ont déjà été faites sur le trans-sexualisme, en particulier par Messieurs les Professeurs DELAY, DENIKER et leurs collaborateurs. La thèse de ALBY, soutenue en 1956, donne une idée complète sur le tableau clinique de cette question et est enrichie, en outre, de très nombreuses observations recueillies dans la littérature.

Pendant très longtemps, le trans-sexualisme n'avait aucune place bien définie. Depuis la célèbre observation relevée par ESQUIROL et rangée par lui parmi les monomanies, bien d'autres auteurs ont vu des trans-sexualistes. Mais le polymorphisme de cette affection est tel que très souvent elle se trouvait noyée dans des cas d'homosexualité ou de travestissement.

Ce n'est donc qu'en 1953 que BENJAMIN et GUTHEIL reprennent à leur compte la notion de « psychopathia trans-sexualis » de CALWELL. Et si aujourd'hui nous ouvrons les pages de l'encyclopédie, nous y découvrons la définition suivante :

> « Le trans-sexualisme est le sentiment ressenti par certains sujets, normalement constitués, d'appartenir au sexe opposé avec désir intense de changer d'état sexuel, anatomie comprise dans la mesure du possible. »

L'intéressé d'ailleurs se plaît à se définir lui-même : « J'ai une âme de femme. » C'est une erreur de la nature qui lui a donné un corps d'homme. Il a horreur de ses attributs virils, prend en haine tout ce qui est masculin, se défend d'être homosexuel. Puisqu'il se considère comme une femme, n'est-il pas normal qu'il soit attiré par des hommes ? Selon lui, le contraire serait plutôt de la perversité.

Il faut se reporter à la thèse de ALBY (1956) pour esquisser les traits cliniques des trans-sexualistes. Chez tous, nous constatons cette

idée prévalente d'être psychologiquement une femme. Certains iront jusqu'à soutenir que :

« C'est la société qui s'attache de façon " perverse " à cette impression fausse qu'ils sont des hommes. »

Comment naît cette conviction ? D'une façon très variable. Mais bien souvent, elle s'extériorise en prenant connaissance de cas analogiques aux leurs, en lisant les journaux. Ils sont avides des derniers progrès scientifiques. Tout ce qui a trait de loin, comme de près, à la transformation des sexes et les découvertes à propos des états intersexués, suscitent leur curiosité. Les voici en quête de tous les renseignements, de tous les détails susceptibles de convaincre leur entourage. Ils apportent même des documents à l'appui. D'habitude réservés, ils deviennent bavards, afin de démontrer : premier point, qu'ils sont des femmes et il existe même une distorsion des souvenirs et des rationalisations pathologiques ; deuxième point, qu'une intervention chirurgicale des traitements hormonaux sont souhaitables, indispensables même, afin de les transformer anatomiquement en femmes. Leur trop grande recherche d'un idéal de perfection fausse le plus souvent leur image féminine.

Gutheil le remarque :

« La représentation qu'ils se font de la femme a un aspect très narcissique. Ces sujets veulent se voir et être vus par les autres comme une femme, nous ajouterons comme une jolie femme. »

Non seulement ils refusent la sexualité avant leur transformation ou adoptent dans leurs relations sexuelles une position féminine passive, mais encore leurs relations sociales finissent par être perturbées. Ces sujets se présentent fréquemment comme des isolés malheureux et incompris. Car leur désir, leur sentiment d'être une femme finissent par envahir tout le champ de la conscience. C'est une véritable obsession. Un trans-sexualiste ne se résigne pas à son sort.

La plupart ont probablement, semble-t-il, éprouvé des difficultés affectives précoces. Ils ne peuvent parvenir à une personnalité harmonieuse. Fréquemment, aucune image n'a pu, durant l'enfance, servir de modèle d'identification. Dans un cas, nous noterons par exemple un père éthylique et violent ; ailleurs, le père resté lointain, se désintéressant complètement de ses enfants ou encore père déchu, inconnu. Les relations avec la mère ou son substitut ont été parfois, elles aussi, plus ou moins perturbées. Sans doute, d'autres ont pu faire face à des situations familiales semblables et ne sont pas devenus dans l'avenir des trans-sexualistes. A l'inverse, les exceptions ne manquent pas de confirmer la règle générale. Et si nous voulions détailler toutes les observations, nous ne manquerions probablement pas de découvrir

un trans-sexualiste issu d'une famille unie, équilibrée et au milieu de frères et sœurs tout à fait normaux. Cependant n'oublions pas l'influence du milieu sur les maladies mentales. Il ne s'agit pas là d'une infirmité physique.

Dès maintenant, et nous reviendrons plusieurs fois sur ce point, nous devons séparer nettement les trans-sexualistes des intersexués organiques. Certains ont cru bon de les rapprocher. Le terme même d'hermaphrodisme psychique a été créé.

En fait, il ne s'agit pas du tout de cela. Un intersexué sait qu'il a une anomalie somatique. Il s'adapte à sa morphogénèse. Son rôle sexuel peut souvent plus ou moins être socialement déterminé. Il ne deviendra pas un revendicateur. Un trans-sexualiste physiquement intègre a une image de lui-même plus ou moins altérée. Il est gêné de ce que d'autres sont fiers : ses attributs virils. Il hait ce qui est masculin — dit-il — et il ne parvient pas à aimer ce qui est féminin. Laissons-nous emporter par l'imagination et supposons l'impensable, l'irréalisable, avec lui.

Par un coup de baguette magique, le souhait de notre trans-sexualiste est exécuté et le voici — par miracle — avec un véritable corps de femme, lui qui, dans ses fantasmes, se voit déjà être pénétré et ressentir les impressions orgastiques de la femme, quelle sera son attitude affective vis-à-vis de son partenaire masculin ? Lui qui a déjà par avance, « l'impression d'être la partie fécondée », lui qui se croit initié « au plus grand mystère de la création », quels seraient donc ses sentiments maternels ? C'est que la notion de féminité du trans-sexualiste est trop souvent superficielle, plus ou moins caricaturée parfois. Il semble aussi que, pour la plupart, le narcissisme constitue l'élément structural primitif de leur personnalité. Il a comme corollaire l'absence de choix objectal réel. Le mode de relation avec autrui est spéculaire.

En effet, fréquemment :

> « Leur acceptation des relations avec autrui est à sens unique, l'admiration d'eux-mêmes par les autres. »
> « Ils ont besoin que l'on s'occupe d'eux, ils éprouvent un désir d'attention, d'approbation et d'acceptation qui va de pair avec le sentiment profond qu'ils ont d'être rejetés et certains même d'être ignorés. »

Ces sujets ne peuvent supporter en général, qu'avec difficulté, les frustrations. Ils ont un « besoin de satisfactions immédiates des désirs sans aucun rapport avec les nécessités réelles ».

Ils sont instables. Ils ont des tendances compulsionnelles qui paraissent presque irraisonnées. Citons l'exemple de ce trans-sexualiste qui,

négligeant les raisons impérieuses qu'il avait de rester dans son cadre de vie habituel, prit un jour l'avion pour chasser l'oie sauvage à plusieurs centaines de kilomètres du lieu où il résidait.

Et surtout, contrairement aux intersexués, il existe chez les trans-sexualistes un véritable refus d'accepter leur situation et de trouver une adaptation dans leur vie professionnelle comme dans leur vie sociale et affective.

> « A un trans-sexualiste à l'humeur dépressive, tout prêt soit à l'automutilation, soit même au suicide, n'essayez pas de lui suggérer qu'après tout il n'a qu'à se résigner, chacun se prend comme il est. Il a une âme de femme... quelle importance ! vous lui paraîtrez bien lointain. Il se sentira davantage une victime : n'est-ce pas un peu comme si vous vouliez prouver à un mélancolique, lors d'un raptus anxieux, que la vie est belle, qu'il ne faut pas la compliquer inutilement. D'ailleurs le suicide est un non-sens. Toutes les justifications, toute la logique que vous pourriez déployer se heurteront à un mur. Le dialogue ne s'engagera pas. Pour votre interlocuteur qui d'ailleurs ne vous écoute même pas, ce sont, n'est-ce pas vos raisonnements d'homme sensé qui lui paraissent absurdes ? Ne lui vantez pas la puissance d'un corps viril, ne lui noircissez pas la femme, ne lui démontrez pas que l'âme c'est une question métaphysique à laisser de côté, ne lui soufflez pas que la sexualité n'est pas tout. Ne lui faites pas un cours de philosophie. Ne lui parlez pas de la sagesse. Ses vues ne sont pas les vôtres. Vous êtes loin de son monde à lui. Comment donc le rejoindre dans ce monde là sans adopter une position qui renforce ses croyances ? Il réclame un corps de femme et pas du tout que vous changiez sa personnalité. La psychanalyse ne peut pas être tentée systématiquement sans un abord préalable. D'ailleurs, le sujet s'y refuse. Mais avant de nous heurter aux difficultés thérapeutiques, ne devons-nous pas parler de ce qui constitue, en médecine, les bases d'un traitement adéquat : l'étiopathogénie. »

Nous ne développerons pas ce propos ici. Alby y a consacré la plus grande partie de sa thèse. Nous ne pourrions pas actuellement donner des détails supplémentaires sur les cinq points qu'il a si bien fouillés, analysés. Nous nous contenterons de les citer au passage :

— Hypothèse de l'intersexualité biologique.
— Hypothèse d'une disposition constitutionnelle spécifique et comparaison avec les états intersexués.
— Hypothèse d'une perversion acquise dans le conditionnement de ces sujets.
— Aperçu sociologique.
— Déterminations psychologiques profondes.
— Etudes psychanalytiques.

Qu'aurions-nous à y ajouter ? Rien, bien sûr. D'ailleurs, ce serait s'éloigner de nos commentaires. Si nous faisons un résumé sur le trans-sexualisme, ce n'est pas pour contribuer à son étude, pour retranscrire des notions théoriques ou cliniques, c'est pour mieux percevoir les problèmes que nous avons eus dans le traitement du trans-sexualisme.

Ne faut-il pas poser clairement les données d'un problème avant de tenter de le résoudre. Et si nous nous permettons de retransmettre quelques observations, c'est uniquement dans ce sens. Illustrer par des exemples les questions que nous nous sommes posées.

Certaines observations relevées dans la littérature sont de véritables portraits pris sur le vif. Voici :

Henri, quarante ans, aspect physique indiscutablement masculin, aucune profession stable, a perdu sa mère alors qu'il était seulement âgé d'un an, le père est rarement à la maison, il s'intéresse peu à son fils, il se remarie.

Du premier mariage sont nés trois garçons : Henri et ses deux frères aînés.

Du deuxième mariage : un garçon et une fille.

Henri est atteint de cryptorchidie. Jusqu'à seize ans, il est élevé comme une fille. Il fréquente une école mixte, il est habillé comme une petite fille et, à neuf ans, une tentative pour le coiffer en garçon déclenche une violente crise de larmes.

C'est seulement vers l'âge de douze ou treize ans qu'il commence à s'apercevoir de la différence des sexes. Il « s'est » d'ailleurs « regardé » et a, de ce fait, été grondé par sa tante.

A seize ans, il revêt des habits masculins, sans surprise et avec une indifférence apparente.

Ses testicules se sont abaissés. Si son existence semble alors tout à fait normale, il dira à propos de cette période de sa vie : « Je gardais pour moi les premières atteintes à mon âme féminine. » « Je me croyais alors candidement un cas unique. »

C'est en effet plus tard, en apprenant l'aventure d'un peintre transformé en femme, que Henri fera part de son conviction et avec l'espoir d'une solution, il ira consulter médecins et chirurgiens. Il affirmera que, depuis fort longtemps, « il n'était déjà rendu compte qu'il n'était pas comme tout le monde ».

A quinze ou seize ans, il éprouve une attirance sentimentale pour un ami de son frère. Sans le dire, il va jusqu'à ébaucher des projets de mariage avec celui-ci. Souvent dans ses rêveries, il s'imagine avoir des rapports sexuels, mais toujours dans une situation de passivité féminine.

Comme tous les trans-sexualistes, Henri se défendra d'avoir la moindre attirance homosexuelle. Certes, les femmes ne provoquent aucun désir sexuel en lui. Entraîné par des camarades dans une maison de tolérance, il éprouve une répulsion vive pour une prostituée qui l'embrasse sur la bouche. Il peut coucher dans le même lit qu'une femme pour laquelle il a de l'amitié, sans velléité du moindre contact.

Il juge que c'est tout à fait normal. Il explique avec complaisance que les femmes se sentent en sécurité avec lui, il cherche à les aider moralement comme si, ou plutôt, puisqu'il se sent l'une des leurs, n'est-ce pas logique. Le contraire l'inquièterait.

Quant à rechercher des rapports sexuels avec des hommes ? Eh bien, franchement non, car ses attributs virils le gênent. Lors de l'abaissement de ses testicules, à seize ans, ils lui ont paru dégoûtants. En secret, il s'est même mis à prier pour que ces maudits testicules remontent.

A vingt-six ans, devant ses premières érections, il est pris d'une véritable panique. Ne se sent-il pas devenir de plus en plus femme ? Alors que veut dire ceci ? Heureusement, d'autres faits, selon lui, pourront fournir un substratum valable à son idée de faire partie du sexe féminin.

Atteint d'hémorroïdes, il a des rectorragies. Il est persuadé qu'il s'agit là de menstruations. Très content, il s'efforce et... dans sa conviction... y parvient, de découvrir une réelle périodicité. Pour mieux compléter l'illusion, il ressent de vagues douleurs abdominales, des malaises d'accompagnement, du moins le croit-il.

S'habille-t-il encore comme durant son enfance, avec des vêtements féminins ? Il en a la tentation, mais trouve cela ridicule étant donné son physique. Ce qu'il veut, c'est une castration avec amputation de la verge, plastie du scrotum en forme de vulve, création d'un vagin artificiel.

Toutes ces interventions doivent être, selon son opinion, complétées par un traitement hormonal féminisant et une épilation électrique de la barbe.

La plupart des trans-sexualistes sont désireux de coopérer à toutes recherches scientifiques. Ainsi Henri ferait bien volontiers don de ses testicules à un homme privé de ses glandes sexuelles, si cette greffe était possible. Le trans-sexualisme existe également chez la femme bien que plus rare. Henri ne paraît nullement y avoir songé et il n'offre pas ses testicules à une femme.

Dans tout ce qui a été signalé sur ce propos, nous n'avons pas noté jusqu'à présent la rencontre de deux trans-sexualistes : un féminin et un masculin. Comment envisageraient-ils ensemble cette question ? Quel serait leur dialogue ? Quel en serait le résultat ? Serait-ce une revendication plus active ? ou un remède contre leur isolement ?

Quoi qu'il en soit et insistons bien sur ce point, Henri ne peut combler sa solitude. Il a une impression de vide de son existence. En dehors de son désir de changement de sexe, il est parfaitement lucide. Cependant, il n'hésitera pas à pratiquer une tentative d'autolyse par les barbituriques tellement il se sent malheureux, incompris, complètement isolé, rejeté même.

Ah ! si seulement un chirurgien voulait l'écouter, l'opérer, lui redonner enfin, insiste-il, la joie de vivre. Lui ne demande qu'à servir l'humanité. Seulement pour la servir, il faut être femme, ou plutôt avoir un corps de femme, car femme il l'est déjà. Les autres ne veulent pas l'admettre. Et le désir de transformation va dominer toute la vie

d'un trans-sexualiste. C'est lui qui aboutit à une désocialisation progressive. Puisque les autres n'essaient pas de l'écouter, il se retranche d'eux.

Nous constatons combien il n'est pas possible de traiter à la légère un trans-sexualiste, de ne tenir aucun compte de ce qu'il dit. C'est un malade dangereux pour lui-même. Le chirurgien qui a tenu à montrer Henri à un psychiatre l'a compris. Si Henri est extrêmement pudique — trop —, il va jusqu'à s'interdire les bains de mer, il n'en est pas de même pour tous.

Nous nous devons pour faire contraste et pour montrer le polymorphisme du trans-sexualisme, polymorphisme qui rend si difficiles et la classification et la thérapeutique de cette affection, de citer d'autres observations.

Par exemple, un sujet avait pris l'habitude de se masturber devant une glace dans une tenue féminine, tout en affirmant :

> « Il me semblait que, en m'habillant en femme et en me regardant devant la glace, je créais en moi un autre être, que j'étais à la fois femme et homme. Je me suffisais à moi-même. Je ne risquais plus les moqueries des femmes. »

Ce cas nous conduit à la frontière du trans-sexualisme et du travestissement. Nous savons que le trans-sexualisme a été confondu soit avec l'homosexualité, soit avec le transvestisme.

En ce qui concerne le transvestisme, nous nous reportons à la définition de Hirschfeld :

> « Le transvestisme ou travestissement est la perversion qui consiste à s'habiller avec des vêtements du sexe opposé. »

Un travesti a plutôt conscience de jouer un rôle et n'a pas le dégoût de ses attributs virils. Pour un trans-sexualiste, au contraire, l'habit ne fait pas le moine. Il juge parfois ridicule le travestissement étant donné son physique. Mais tout peut se constater. Il arrive qu'un travesti habituel demande la castration. Dans certains cas d'éonisme, sans aller jusqu'à solliciter un chirurgien, certains sujets se sentent véritablement femme. Il nous paraît intéressant de développer le thème de celui qui se voulait « une femme perverse », qui appréciait tellement le fait que les hommes se retournent dans la rue, lui vantent ses charmes et lui fassent des propositions déplacées.

> « Les recherches psychanalytiques et endocrinologiques ont renouvelé l'étude des perversions sexuelles », a écrit le Professeur Delay.

S'il ne s'agit pas d'un trans-sexualisme pur, nous pourrons cependant en voyant évoluer ce couple à la fois ludique et délirant, appro-

fondir divers éléments de la personnalité des trans-sexualistes et comprendre aussi pourquoi, pour certains auteurs, le trans-sexualisme est une perversion.

Cet officier révoqué à la suite de coups portés sur sa femme, alors qu'il se trouvait en état d'ivresse, s'adonne progressivement à l'éonisme. Un beau jour, il commence par revêtir une robe de chambre de sa femme. Celle-ci rit en le voyant ainsi et il prend pour prétexte la chaleur. Bientôt, il ne se contentera pas d'une robe de chambre, il mettra sens dessus dessous l'armoire de sa femme et tous ces effets féminins lui paraîtront bien insuffisants. Il va recourir à des maîtresses avec lesquelles il n'a pas de rapports sexuels. Il désire les déshabiller devant lui et se revêtir de leurs vêtements.

Depuis longtemps pour ses proches, son prénom est devenu « Carmen ». Peu à peu les affutiaux choisis par lui répondent à la coquetterie la plus poussée. Ces vêtements féminins, il les copie sur ceux des stars célèbres, vedettes du « sex-appeal », divinités cinématographiques. Il se constitue une véritable « parure sexuelle » sans oublier les caractères sexuels secondaires : perruques, faux seins. Il se perd dans son œuvre d'art, se crée lui-même chef-d'œuvre, exerce et développe pleinement son goût supérieur ou supposé tel dans sa transformation en un idéal de féminité et de beauté qui déborde un simple fétichisme. Dans l'étroit milieu familial, l'atmosphère de jeu, de complaisance artistique domine, on admire, on danse autour de « Carmen ». Même si « Carmen » prend parfois des poses suggestives devant la glace, cette intimité et le caractère ludique subsistent. Il manque à « elle » la confirmation des regards bien masculins. C'est pourquoi « elle » va s'exhiber dans ses sorties vespérales.

Nous soulignons ce fait : être habillé et regardé en femme réalise son seul bonheur, se promener ainsi dans la foule noctambule, sa seule jouissance. « Elle » se sent fermme perverse, comme le montre bien son carnet de notes.

C'est là que nous touchons au trans-sexualisme perversion. Comme un trans-sexualiste, il se sent femme. Il s'adonne en outre au travestissement. Se contente-t-il d'un rôle ? Il semble aller plus loin. Il ne réclame pas une intervention, c'est vrai, mais son sentiment d'être une femme pervertie paraît profondément ancré en lui. Pour ses promenades, il choisira la nuit, les quartiers de mauvaise renommée. Il tiendra à se faire accompagner de sa femme, afin qu'elle lui répète toutes les remarques, tous les compliments. Mais il s'abstiendra de rapports sexuels.

Nous pouvons continuer : « Il veut être beauté attirante mais cruelle. On pourrait presque assimiler ce comportement à une " érotomanie " sociale. »

Ici tous les traits convergent, se fondent : l'admiration narcissique, véritable déification du moi mégalomane artistique, le fétichisme vestimentaire, magie du masque, de la parure.

Le narcissisme ne disparaît pas totalement :

« S'exhiber, c'est encore et surtout se regarder. » (H. Ey.)

Le transvestisme et le trans-sexualisme ne représentent-ils pas l'un et l'autre l'accomplissement symbolique d'un désir profond plus ou moins intense qui suppose une dysharmonie de toute la personnalité.

Devant Henri élevé en fille et cette jolie « Carmen » qui se veut cruelle, nous sommes un peu perplexes.

Le trans-sexualisme est-il donc une névrose ? une perversion ? Ne serait-il pas aussi une psychose ?

Car dans d'autres cas, certains traits caractéristiques se font jour. Par exemple, de l'observation de Pierre, nous noterons :

Pierre avait huit ans lors de la mort de sa mère. Or, il signale que « dès l'âge de seize ans, il s'intéressait à la vie intime de sa mère, il cherchait dans son armoire à pharmacie, était troublé de trouver des produits tels que ovarmone ou gynoestryl, ainsi qu'une poire à injection vaginale. Il s'en servit comme moyen de masturbation anale, éprouvant du plaisir à se gonfler le rectum d'air. Sa mère lui avait donné d'ailleurs comme explication que cela servait de poire à lavement pour les jeunes enfants. Il dit également avoir eu des érections lorsque sa mère lui introduisait le thermomètre dans l'anus ». Quand il rapporte ces faits qui paraissent quelque peu invraisemblables, étant donné que sa mère était décédée depuis huit ans, Pierre commet-il une erreur ou révèle-t-il des aspects mythomaniaques de sa personnalité ? Ses tentatives de suicide qu'il narre avec complaisance paraissent, elles aussi, assez curieuses, par exemple, le moyen du tampon d'éther ou encore celui de « se lier les membres pour arrêter le sang ».

Les tests pratiqués ont révélé un aspect général psychotique.

Sa personnalité transparaît également dans ses rêveries : « Il s'est imaginé en petite fille charmante dans un théâtre, faisant des pointes, jouant des rôles dramatiques. Il imagine des contes où il se voit abandonné par tout le monde, puis comblé à la fin où il est apprécié et accepté par les autres. Il met également en scène un garçon efféminé, ridiculisé partout où il sort, comme cela a toujours été et est encore pour lui, sauf dans la période heureuse où il était habillé en fille... »

Il lui arrive parfois de se rendre compte que, même après une intervention chirurgicale, ses rapports sexuels ne pourraient être satisfaisants mais, dit-il, « on peut s'en tirer, on peut tromper, on peut essayer d'imiter, malgré cette déception possible, j'accepterais quand même ».

Il envisagerait des fiançailles et même un mariage, mais pense qu'il ne préviendrait pas son fiancé de son état. Et là encore, il pense que l'intérieur n'a pas d'importance, que seul l'extérieur compte. Mais ce qui nous semble le plus intéressant, c'est que Pierre a suivi un traitement par le psychodrame.

ALBY indique :

« Nous nous rendons compte de la précarité de la solution qui lui a été proposée, d'autant plus que celle-ci repose en porte-à-faux, quoique nous en voulions sur un doute, dans son esprit, sur l'espoir de réalisation de sa demande de transformation après un délai d'un certain nombre de mois, délai dont il nous fait déjà sentir le caractère insupportable pour lui. »

Nous continuerons en citant textuellement cette observation de ALBY :

Nous avons eu l'occasion de revoir Pierre, à plusieurs reprises...

Il a réussi à se loger chez un particulier dans des circonstances assez pittoresques : sa propriétaire, qui a perdu une fille de l'âge de notre malade, semble avoir reporté sur lui l'affection qu'elle portait à sa fille. Pierre, de son côté, semble se mettre volontiers dans le rôle qui lui est ainsi prêté. Il semble en tirer un certain nombre d'avantages matériels.

Il a été pris en traitement psychodramatique par les Docteurs LEIBOVICI et DIATKINE qui remarquent avec quelle facilité Pierre entre dans le jeu dramatique et avec quelle intensité il vit les situations dans lesquelles il est placé. L'évolution du traitement psychodramatique leur donne le sentiment de se trouver en présnce d'une structure psychotique. Cette impression est encore confirmée par le dernier entretien que nous avons eu avec lui, le 31 mai 1956.

Déçu de ce que le Docteur LEIBOVICI n'ait pas apprécié qu'il arrive à son traitement habillé en femme, il se désespère de voir reculer la date de son intervention ; il envisage le suicide. Pourtant son entourage a bien remarqué sa transformation depuis deux mois : on le trouve beaucoup plus féminin ; d'ailleurs, il cherche à accentuer petit à petit cette transformation, ne serait-ce qu'en se laissant pousser les cheveux pour que son entourage s'y habitue. Il dit avoir rompu presque complètement ses relations avec sa famille qui « lui en a fait tant voir ». Il est très frappé par le fait que, une de ces nuits précédentes, il eut d'abondantes « pertes » jaunes plus ou moins rosées qui ressemblaient à des règles. Il l'a montré à sa voisine qui a abondé dans son sens. Sur notre demande, il nous précise qu'il a actuellement des érections plus nombreuses, « incompréhensibles », ainsi que des éjaculations, « mais jamais autant que cette nuit là ».

Les érections et les éjaculations surviennent lorsqu'il a des rêves, en particulier cela lui est arrivé lorsqu'il vit en rêve le Docteur LEIBOVICI lui dire qu'il ne fallait plus compter sur l'opération. Il en a également dans des rêves érotiques où il est transformé en femme.

Mais outre des idées de transformations corporelles, ce qui nous a inquiété c'est l'ébauche d'un syndrome d'influence. Il nous confie, en effet, qu'il est actuellement sous le pouvoir de sa voisine qui est médium et dont le « fluide » se fait sentir à plus de sept mètres. Cette jeune femme exerce sur lui une influence bienfaisante, elle calme ses angoisses de voir sa transformation retardée. Sur le conseil de celle-ci, il n'a qu'à l'évoquer lorsqu'il est loin d'elle pour ressentir le même effet. Cette jeune femme lui tire les cartes, elle a tiré d'abord un homme puis une femme. Pierre y voit là un signe favorable. Elle lui conseille de suivre

son traitement psychologique et utilise son fluide dans ce sens. Elle lui a dit que si les médecins retardaient l'intervention, c'est qu'il devait avoir en lui une « poche » qui devait s'ouvrir, ce qui rendait l'intervention plus facile.

Il a lui aussi le sentiment d'avoir « trop de sang » et qu'il devrait se sentir soulagé lorsque celui-ci pourra être éliminé sous forme de règles.

Il nous repose la question de savoir s'il pourra être complètement femme, et semble déçu, mais non convaincu, par notre réponse négative. Nous avons eu, au cours de notre entretien, l'impression que le processus psychotique tendait à s'épanouir et nous nous demandons s'il n'est pas en train de constituer avec sa voisine une sorte de délire à deux.

Cette observation de Pierre paraît remarquable par sa pureté.

Les idées de transformation corporelle sont particulièrement nettes. Nous avons le sentiment de nous trouver en présence d'une structure psychotique.

La négation permanente du réel constituerait la seule différence de l'analyse d'un trans-sexualiste avec celle d'un homosexuel.

En face d'une telle complexité, d'une classification peu nette et d'une pathogénie encore au stade des hypothèses, quelle attitude adopter ? Quelles thérapeutiques ont été jusqu'ici utilisées ? Quelles seraient les perspectives d'avenir ? Que faut-il tenter ? Quels résultats espérer ?

En psychiatrie, les Anciens étaient encore plus démunis que nous, n'ayant en matière de maladies mentales qu'un arsenal médicamenteux fort réduit.

D'emblée, deux attitudes se font jour.

D'abord celle qui consiste à tenir compte de la demande des trans-sexualistes. Faut-il oui ou non envisager une intervention ?

Malgré les grandes découvertes scientifiques et biologiques, les immenses progrès réalisés à la fois en chirurgie et en endocrinologie, tous les médecins savent les difficultés rencontrées dans les inter-sexualités.

N'est-ce pas plus délicat encore quand il s'agit d'un homme normalement constitué, à qui la nature n'a fourni aucun élément féminin ?

C'est beaucoup moins simple que ne le supposent les trans-sexualistes de changer physiquement de sexe ?

Même pour les intersexués, en dépit des rapports à sensation de la presse, certains traitements ne constituent que des palliatifs.

Une femme ? ce n'est pas du tout un homme castré.

C'est un organisme qui, biologiquement, peut assumer certaines fonctions.

La charpente osseuse de la femme est également différente de celle de l'homme, non seulement le bassin, mais la ceinture scapulo-humérale. Une étude complète des différences entre la femme et l'homme serait trop longue et nous mènerait bien plus loin encore peut-être que se l'imaginent nos trans-sexualistes. Il nous faudrait nous reporter à des données embryologiques connues de tous. Certes, un traitement hormonal féminisant a pour effet d'entraîner une féminisation sur le plan morphologique : modification de la répartition des graisses, diminution de la pilosité, gynécomastie, atrophie testiculaire, arrêt de la spermatogénèse et une baisse d'excrétion des 17-cétostéroïdes.

En ce qui concerne Henri, rappelons-nous que la castration n'est qu'une première étape. Il exige une morphologie féminine la plus complète possible : création d'un vagin artificiel. A ce propos, nous songeons à un autre trans-sexualiste qui, lui, affirmait qu'il suffirait seulement de remonter ses testicules et de pratiquer une vague entaille. Il s'en contenterait. Pourquoi se montrait-il si facile à satisfaire ?

« Voilà, expliquait-il, l'entaille ici au périnée, c'est l'ouverture de la femme. Chez moi, le vagin y est, il suffit d'ouvrir la porte. »

Si nous nous permettons de prendre cet exemple, c'est pour constater une fois de plus jusqu'à quel point peut aller la négation de la réalité chez le trans-sexualiste.

Comment un chirurgien averti suivrait-il son patient sur cette pente ?

Un patient qui ignore comment un corps d'homme ou de femme est constitué, qui ne cherche nullement ni à s'instruire, ni à faire confiance. Non, ce patient tient seulement à convaincre à tout prix son entourage.

Il exige, il revendique... et il souffre aussi, mais de cette souffrance là, nous parlerons plus tard.

Qui dit opération, transformation, même incomplète, dit aussitôt changement d'état civil. C'est également un vœu du trans-sexualiste : pouvoir légalement être reconnu femme.

Là encore, nous nous référons à la thèse de Alby et au Congrès International de Psychiatrie de Montréal. Nous ne pensons pas que, dans ce domaine, beaucoup de changements soient intervenus au point de vue droit, depuis 1961.

Hirschfeld le premier a distingué le travestissement de l'homosexualité. Au début de ce siècle, il a battu campagne en Allemagne afin de faire donner aux travestis masculins l'autorisation de porter le costume du sexe opposé. A noter aussi que Hirschfeld est aussi le promoteur des premières interventions de changement de sexe.

Hamburger (en Angleterre) relate les assertions de deux sujets anglais masculins qui ont obtenu un état civil de femme par des autorités, il est vrai « fort compréhensives ».

En France, le changement d'état civil soulève des problèmes, surtout pour l'homme ; rien que sur le plan militaire, ceci intéresse l'ordre publique.

Certes, des erreurs sur le sexe sont admises. Il s'agit d'hermaphrodites ou de malformations physiques difficiles à situer ou de tout autre fait pour lequel il est permis de se tromper. En ce cas, une rectification quasi automatique de l'intéressé s'effectue. Dans une mutation volontaire, une transformation, c'est fort différent. Le droit criminel français n'autorise pas une intervention visant à passer d'un sexe à un autre sans aucune raison physiologique sérieuse. Songeons aux abus qui pourraient résulter des fantaisies des, ou de chacun, des intéressés. Pourquoi ce qui est accordé aux uns ne le serait-il pas à d'autres ? Que de complications pour les mariages. Dans l'armée, il existe des simulateurs. Ne se multiplieraient-ils pas ? Cette question n'effleurerait pas les sujets bien équilibrés, mais ceux qui sont plus ou moins prédisposés au déséquilibre trouveraient là matière à justifier ou alimenter leurs tendances psycho ou névropathiques. Répétons ce que résume l'*Encyclopédie Médicale* à propos du trans-sexualisme. C'est d'ailleurs la remarque de tous les auteurs :

> « Sur le plan social, le rôle de la presse dans la divulgation des possibilités thérapeutiques risque de compromettre l'équilibre de sujets prédisposés. »

Le Professeur Gérard Lyon-Caen a réexaminé, il y a quelques années, la condition juridique des hermaphrodites. L'existence d'un sexe neutre ou intermédiaire n'a pas acquis droit de cité.

> « Autant lorsqu'il existe une anomalie somatique responsable d'une ambiguïté sexuelle, il paraît légitime d'intervenir pour tenter de rapprocher au maximum la morphologie du sujet de son statut sexuel psycho-social — c'est là la position adoptée par tous les endocrinologues —, autant nous sommes réservés sur la légitimité de l'intervention chirurgicale dans le cas du trans-sexualisme. »

Pour être à la fois plus objectif et plus complet, nous ne pouvons pas passer sous silence l'exemple clinique rapporté par Greenson voici quelques années. Nous noterons textuellement ce qu'il dit :

> « Ce parachutiste trans-sexualiste avait, de l'homosexualité, la même crainte qu'un névrotique. Son attitude vis-à-vis de son objet sexuel était aussi comparable en ceci qu'elle s'avéra décisive pour son identité sexuelle. Il semble avoir réagi en accord avec la formule : si j'aime un homme, alors je dois être une femme.

Plutôt que de refouler cette pensée, il décida de la réaliser chirurgicalement : il fit changer son sexe anatomique. Pour cet homme, il y avait quelque chose de plus précieux que ses organes génitaux, que son sexe. Il lui fallait faire en sorte qu'il y ait entre le sexe de son objet sexuel et le sien, la différence qui existe entre deux partenaires hétérosexuels. Comme il se croyait femme, il lui fallait modifier son corps. En un certain sens, ce tableau clinique peut être considéré comme un système délirant et bien organisé. Mais il s'avéra une réussite puisqu'il permit à notre patient de mener une vie heureuse en tant que femme. »

GREENSON continue à propos de ce patient qui s'est marié avec un sujet du sexe masculin :

« " Elle-même " ne se plaisait qu'aux étreintes et à certaines formes d'érotisme cutané, " elle " adopta une petite fille. »

Nous remarquons que sa vie sexuelle n'a pas été tout à fait normale. « Elle » n'a pas pu non plus accéder à la maternité physique. Nous manquons de recul pour juger de la durée de son bonheur. D'autre part, au point de vue psychologique, il est très intéressant de constater le rapprochement fait par GREENSON entre un trans-sexualiste et un névrotique. Et il est encore plus intéressant de souligner :

« En un certain sens, ce tableau clinique peut être considéré comme un système délirant et bien organisé. »

Ensuite le résultat obtenu est réellement une exception. En effet, l'expérience a prouvé que la satisfaction des trans-sexualistes après une opération, heureusement réussie, est bien courte. Bien vite, ils s'aperçoivent, et en l'occurrence ils ont raison, qu'ils ne sont pas pleinement des femmes. Ils sollicitent en ce sens d'autres traitements, d'autres interventions d'autant plus impérieusement qu'ils ont déjà obtenu gain de cause une fois. Ils veulent être des femmes à part entière. Ils ne comprennent pas, n'admettent pas que nous sommes dans l'impossibilité de contenter tout à fait leur demande. N'oublions pas qu'un de leur trait principal est constitué par l'altération profonde de la logique. Leur manque de vue objective, leur non-sens de certaines réalités sont absolus.

Tout doit concorder, se plier à leur conviction délirante ; conviction qui envahit tout le champ de la conscience. Ne nous étonnons donc pas qu'il ne soit pas rare de voir les cas opérés évoluer vers la revendication et l'attitude paranoïaque. D'après une enquête de MITSCHERLICH, confirmer la légitimité de leur attitude conduit à de nouvelles exigences.

Malgré les désirs des trans-sexualistes de s'offrir à l'expérimentation, nous ne devons pas y accéder, sauf tout à fait exceptionnel-

lement. Y souscrire, c'est d'ailleurs aller au-devant de la multiplication des demandes de changement de sexe.

Nous avons dit que les trans-sexualistes ont des difficultés à supporter les frustrations. Or, commencer à intervenir et ne pouvoir continuer, c'est les frustrer davantage ensuite.

> « Certes les médecins qui ont été apitoyés par la détresse réelle de ces malades ont agi, selon leur conscience, en " les débarrassant " de leurs attributs virils et en tentant de modifier leur morphologie, quitte à se trouver devant de nouvelles exigences concernant les changements d'état civil, l'intégration sociale, le mariage, etc., etc. »

Pourtant le devenir de ces sujets n'a pas été suffisamment étudié. Le moins qu'on puisse dire actuellement est que si la plupart se déclarent partiellement soulagés, certains ont des conduites pour le moins inquiétantes au point de vue social et psychopathologique.

En face de cette thérapeutique qui vise à donner satisfaction au désir exprimé par un trans-sexualiste, nous ne pouvons faire, semble-t-il, que de citer, pour conclure, les paroles mêmes de Monsieur le Professeur DELAY, à Montréal :

> « Le médecin doit savoir la responsabilité qu'il prend lorsqu'il adapte vis-à-vis de son patient une attitude qui justifie sa croyance pathologique. »
> « Refuser de donner un statut légal à ces patients, considérer la publicité faite autour de ces cas comme nocive, ne signifie pas pour autant refuser de leur venir en aide. »

Et nous voici amenés à envisager une deuxième attitude opposée à la première. Pourquoi ne pas essayer d'adapter le sujet à son rôle réel ?

Eh bien, cette thérapeutique n'est pas encore simple et s'accompagne de nombreuses difficultés. Devant l'obscurité de la pathogénie, le trans-sexualisme est-ce une névrose, une perversion, une psychose ou encore une psychonévrose ? S'agit-il d'une monomanie, d'un délire ? Nous sommes obligés de procéder à tâtons. Nous préférons tracer brièvement l'historique de ce qui a déjà été tenté, les résultats obtenus. Si nécessaire, nous recourerons à des observations de malades franchement psychotiques, chez lesquels le trans-sexualisme paraît n'avoir été qu'un aspect de leur psychose. Nous verrons également ce qui a été proposé dans les cas qui semblaient se rapprocher de la névrose et même de la perversion. Enfin, nous nous arrêterons à la notion de délire.

ESQUIROL, qui a vu un trans-sexualiste, relate :

> « Nul raisonnement, nul soin, nul régime n'ont pu rendre la raison à ce malheureux. »

Mais la tâche du psychiatre n'était-elle pas limitée surtout à observer. Qu'avait-il à proposer comme thérapeutique, ainsi que le déclarait DUPRÉ, devant

> « l'ignorance foncière de l'étiologie et de la pathologie des maladies mentales. Nous sommes dans l'impossibilité, à l'heure présente, d'édifier une doctrine psychiatrique satisfaisante. Nos systèmes sont purement provisoires et c'est seulement l'observation clinique patiente et prolongée qui permettra dans l'avenir de transformer et d'élargir les classifications actuelles ».

La psychochirurgie, lobotomie ou autres interventions à visée frontothalamique, a-t-elle été pratiquée chez des trans-sexualistes ? Il ne semble pas. En tout cas, nulle part dans la littérature, nous n'en avons retrouvé la mention, mais nous savons que ce problème s'est posé devant plusieurs tentatives de suicide ou d'automutilation (ALBY, 1959).

Nous ne pourrions en dire autant de la sismothérapie. Par exemple :

Lucien atteint de préoccupations sexuelles délirantes va consulter son médecin dans le but d'obtenir une intervention le transformant en femme. Il tient absolument à devenir « enceinte ». A cela s'ajoutent des préoccupations hypocondriaques.

Lucien subit six électrochocs à la suite desquels il est possible d'assister à la réduction des idées hypocondriaques et délirantes dont Lucien déclare : « C'était un peu bête. »

L'insulinothérapie, thérapeutique palliative chez un sujet incapable de mener une existence normale, aurait été également pratiquée (cas de HEUYER).

Il faut mentionner aussi la thérapeutique de MARANON qui avait tenté des greffes selon la technique de VORONOFF.

A une époque plus moderne, des traitements à base d'hormones sexuelles mâles ou de stimulines gonadotropiques ont été proposés. Leur but était de viriliser physiologiquement davantage les trans-sexualistes, afin de leur faire accepter psychologiquement leur corps d'homme. En fait, les résultats ont été moins probants qu'il était permis de l'espérer.

Ces thérapeutiques ne sont pas toujours acceptées par le patient. La psychothérapie a été évidemment entreprise. C'est même là que, pour le psychanalyste, se fonde tous les espoirs. Mais le trans-sexualiste y est généralement réfractaire. Très rarement, il se dirige d'emblée vers un psychiatre. Ses premières confidences sont pour son entourage, un médecin ou même plutôt un chirurgien. S'il éprouve le désir de transformation de son corps viril, il ne ressent pas du tout

la nécessité de modifier en quoi que ce soit son âme féminine. Avec sa rigueur morale, son idéal de perfection, il en est au contraire très fier. Un trans-sexualiste vu par AUBERT ne déclarait-il pas :

« La femme peut être excessivement pure au point de vue âme, même si elle est une prostituée. »

Nous ne croyons pas émettre une opinion mensongère en répétant qu'aucun trans-sexualiste n'a manifesté dès le premier abord sa ferme volonté d'acquérir une personnalité masculine et de se plier en ce sens à toutes les exigences psychothérapiques.

Ou l'intéressé refuse carrément toute approche psychothérapique, ou il ne voit dans le psychanalyste qu'un moyen d'écoute, c'est-à-dire qu'il pourra lui décrire avec complaisance tout ce qui a trait à sa personnalité féminine que, bien entendu, il veut conserver. La moindre pensée de la perdre l'irrite ou l'attriste. Heureusement, si les autres ne le savent pas, ne consentent pas à partager son opinion, lui se doute bien — que dis-je —, il est très certain de garder son âme de femme. Et ce serait déjà beau s'il se résignait à son sort et à mener apparemment une vie d'homme comme les autres sans aucune anxiété ni aucune revendication.

Reprenons le cas de Henri : durant son séjour dans le service, Henri a subi de 1952 à 1954 une psychothérapie d'inspiration analytique entreprise par le Docteur LACAN, à raison d'une séance en moyenne par semaine. Henri dit avoir trouvé auprès de lui une « inégalable compréhension », cependant ils convinrent tous deux de l'inutilité de poursuivre une tentative de modification de son état à laquelle le malade ne semble jamais avoir souscrit.

Après avoir subi quarante séances de Dasein-analyse, un cas signalé par BOSS sollicitait encore d'être confié à un chirurgien pour être transformé.

Les cas d'ALEXANDER, de FENICHEL ou de STECKEL, ainsi que celui de DEUTSCH, qui ont mené une cure psychanalytique jusqu'à son terme, concernent des travestis.

Les quelques tentatives chez des trans-sexualistes de BENJAMIN, GUTHEIL et WORDEN ne semblent pas avoir dépassé quelques mois.

Là encore des exceptions confirment la règle.

AUBERT signale que le fils d'un de ses malades qui se sentait une âme de fille, a subi, à l'âge de neuf ans, avec succès un traitement psychothérapique, mais il ne demandait pas encore la transformation.

Madame DREYFUS, DOREY et HEYER ont, semble-t-il, enregistré quelques succès également.

Mais justement la psychanalyse ne se poursuit que lorsqu'elle a été débutée dans de meilleures conditions. N'y aurait-il pas moyen

éventuellement d'y préparer nos malades, de modifier leur humeur et de combler un peu déjà avant la psychothérapie le fossé qui marque leur désaccord profond avec la réalité. Nous montrerons comment nous avons été amenés à essayer d'agir ainsi. Nous n'y avons aucun mérite sur nos prédécesseurs, car la psychiatrie est maintenant mieux outillée qu'autrefois. Pourquoi ne pas recourir à ces outils, même si nous ignorons toute l'étiopathogénie des maladies mentales et s'il nous reste parfois des doutes quant à leur nosographie.

En médecine, n'existe-t-il pas des tests thérapeutiques ? En médecine mentale, pourquoi ne serait-il pas permis de croire que tous les efforts tentés afin d'améliorer ces malades si difficiles, et de les réintégrer dans la société, que toutes les thérapeutiques palliatives ou symptomatiques parviendront, un jour, à nous mettre sur la bonne voie et à nous faire découvrir l'origine de tous ces syndromes qui ont paru parfois plus ou moins disparates ? Il existe tant de possibilités, tant de richesses dans une personnalité que nous ne nous étonnons pas de sa complexité. Et des échecs comme du moindre des succès, nous devons en tirer parti. La plus légère tentative n'est pas à négliger. Même celle qui consiste à éviter, grâce à un traitement ambulatoire, un internement rendu indispensable dans les périodes dépressives, quand existent des idées de suicide ou d'auto-mutilation ou encore lorsque la désadaptation sociale est trop manifeste.

Selon les circonstances, toutes les méthodes palliatives sont à ne pas négliger.

Parmi ces méthodes palliatives, l'ergothérapie prend une place de choix. Ainsi Henri se sentait beaucoup mieux quand des travaux de secrétariat lui étaient confiés ou lorsque son aide était sollicitée pour des activités telles qu'une exposition d'art pathologique. Si personne ne faisait plus appel à lui, ses troubles réapparaissaient.

Faut-il favoriser les tendances des trans-sexualistes aux préoccupations esthétiques : peinture, activité théâtrale et cinématographique, music-hall, productions littéraires ? Ne serait-ce pas pour eux une façon de compenser sainement leur état ?

Au Congrès de Montréal, Monsieur le Professeur Delay soulignait à nouveau :

> « Il nous paraît souhaitable de protéger ces sujets contre une extension de leurs tendances morbides et de ses conséquences en refusant d'abonder dans leur sens en adoptant pour eux, chaque fois qu'il est possible, les mesures de psychothérapie, réhabilitation et en tentant de modifier les réactions du groupe à leur égard qui jouent soit dans un sens de rejet, soit dans un sens de facilitation de leurs tendances morbides. »

Si nous voulions généraliser, mais là n'est pas le but de notre exposé, nous pourrions remarquer que très souvent c'est soit dans un sens, soit dans l'autre, mais presque toujours aux deux antipodes que jouent les réactions de l'entourage ou de la société vis-à-vis d'un malade mental et qu'avoir une disposition neutre, équilibrée et bienveillante à son égard, est généralement moins facile qu'on ne le croit.

En ce qui concerne les trans-sexualistes, retenons deux points négatifs mais essentiels de leur traitement :

— ne pas les rejeter ;

— ne pas délirer avec eux.

« L'impossibilité de communiquer constitue le vrai drame de la folie. »

Nous avons vu avec WORDEN que, chez les trans-sexualistes, « leur désir obsédant de transformation chirurgicale peut apparaître comme un effort désespéré de fuite plutôt qu'un moyen d'atteindre un but positif souhaité par eux ».

Or n'est-ce pas un moyen visé par les neuroleptiques de ramener le malade dans un monde plus réel, de faciliter les contacts et de permettre éventuellement que peut-être un dialogue s'engage. Pour certains auteurs, le trans-sexualiste n'est ni un psychotique, ni un névrosé, c'est un pervers.

Dans *Les Etudes psychiatriques*[1], Henri EY n'a-t-il pas appelé le trans-sexualisme : « L'homosexualité à forme d'inversion sexuelle. »

Bien que niées par eux, les tendances homosexuelles existent chez les trans-sexualistes. Parmi eux, certains n'ont-ils pas pris conscience de leur état le jour où ils ont été attirés sexuellement par un garçon ? Nous irons même plus loin.

Etant donné leur rigueur morale, n'est-ce pas parce qu'ils ne pouvaient admettre cette attirance qu'ils ont préféré se sentir une femme ?

Rappelons-nous Henri ébauchant tout de suite en imagination des projets de mariage avec cet ami de son frère.

Rigueur morale et perversité s'accordent-ils ensemble ? Tout peut se voir. Souvenons-nous que « Carmen » se veut femme cruelle. Et vis-à-vis de son épouse « elle », ne se montre-t-il pas sadique. Il l'obligeait à servir ses maîtresses, à jouer vis-à-vis d'elles le rôle d'une domestique rudoyée. Sans doute ce n'est pas là un cas de trans-sexualisme pur.

---

(1) T. II, Paris, Desclées de Brouwers, 1950.

Mais dans beaucoup d'observations de trans-sexualisme, l'aspect pervers, névrotique ou psychotique, non seulement domine la scène, mais peut parfois apparaître à un moment quelconque de l'histoire du sujet.

En 1962, ALBY écrivait :

« Leur choix d'objet est celui d'un homosexuel, bien qu'ils se défendent de l'être. Certains ont une sexualité réduite à la satisfaction auto-érotique née de la contemplation de leur image travestie dans le miroir. »

Le trans-sexualisme a été longtemps confondu avec l'homosexualité. Autrefois, seuls ESQUIROL et MARC avaient rangé des cas de trans-sexualité parmi les monomanies.

Dans son long développement sur l'étiopathogénie du trans-sexualisme, ALBY s'est particulièrement attaché à l'étude psychanalytique. Cette étude se suffit à elle-même. Nous nous contenterons de reprendre une partie de la conclusion :

« Pour un psychanalyste, le cas des trans-sexualistes est paradoxal, la névrose et la perversion dans une large mesure apparaissent comme des mécanismes qui permettent de lutter contre une angoisse de castration. Or, nos sujets demandent cette castration. »

En fait, les travaux de psychanalystes d'enfants nous ont appris à connaître l'angoisse de morcellement plus primitive, plus globale, celle-ci met en jeu des mécanismes de défense narcissiques profonds analogues à ceux que nous avons retrouvés chez nos malades.

Ils ne sont pas des homosexuels simples.

Il faut remarquer qu'une observation de KRAFFT-EBING décrite dans un groupe spécial d'homosexualité déguisée évoque un échelon de transition vers la métamorphose sexuelle paranoïaque. Nous savons que les paranoïaques ont fréquemment des problèmes d'homosexualité. Or, FREUD l'a déjà souligné à propos de l'homosexualité, il convient de distinguer dans la sexualité normale ou non trois éléments : les caractéristiques sexuelles physiques, les caractéristiques sexuelles mentales et le sexe de l'objet choisi, ces différents éléments variant indépendamment l'un de l'autre dans une certaine mesure et s'intriquant chez le même individu, ce qui rend caduque l'hypothèse d'un « troisième sexe ».

En ce qui concerne le trans-sexualisme, quelle complexité ne se dégage de ces quelques notions que nous aurions voulu simples.

Pour conclure, qu'il nous soit permis de citer cette histoire d'ESOPE que Monsieur le Professeur DELAY rappelait dans son discours aux étudiants :

« Nous tous, spécialistes, risquons de devenir devant un malade, comme les six aveugles-nés, dont parle Esope, devant un éléphant. Un jour, six aveugles-nés furent amenés devant un éléphant : l'un palpa la trompe, l'autre les défenses, un autre les oreilles, un autre une patte ; finalement, on les réunit et on leur demanda : qu'est-ce qu'un éléphant. Et chacun donna une description sincère mais différente de celle de son voisin ; après quoi, les aveugles se querellèrent et, nous dit le fabuliste, par amour de la vérité, s'entretuèrent. Chacun possédait pourtant une part de vérité, mais tous étaient dans l'erreur. »

CHAPITRE II

NOUVEL APPORT CLINIQUE

Roger C..., né le 10 octobre 1937, âgé par conséquent de vingt-neuf ans, entre pour subir une cure de désintoxication éthylique, la seconde du genre après une rechute spectaculaire avec ivresse. L'intéressé était resté six mois abstinent après une première cure de désintoxication.

La lettre du médecin traitant était ainsi rédigée :

« Je vous adresse Monsieur R. C..., récidiviste d'aujourd'hui. Je vous le reconfie pour cure de consolidation. Par ailleurs, Monsieur C... pense être une " femme dans un corps d'homme "... Voyez ce que vous pouvez faire de ce côté là. »

A l'entrée, R. C... se présentait comme un déprimé, le faciès morne et triste, les gestes rares. On était d'emblée frappé par la bonne constitution de ce sujet de vingt-neuf ans, de type athlétique, au thorax et aux avant-bras couverts de tatouages. Les cheveux coupés « au carré », la coiffure ayant une note d'originalité, très compatible avec les normes habituelles de la coiffure masculine. L'allure extérieure et les vêtements ne révélaient rien qui attirait l'attention. Il s'agissait d'un ouvrier travaillant comme mineur dans une ardoisière.

Après une première mise en confiance, c'est sans réticence aucune, avec au contraire une certaine complaisance, que l'entretien s'engageait de suite sur les difficultés psychosexuelles du sujet.

Les circonstances de la rechute étaient en effet en rapport direct avec elles et facilitaient l'entrée en matière. L'ivresse qui avait amené l'hospitalisation était réactionnelle à un rejet par les camarades d'un mouvement d'anciens buveurs à qui il avait confié ses problèmes. Il quêtait alors un encouragement et une assistance afin de se rendre chez un médecin. Il désirait lui demander une intervention chirurgicale, en l'espèce une castration, afin de retrouver son véritable sexe. Bien entendu, la demande ne fut pas acceptée, les copains lui conseillèrent de moins lire... Il est intéressant de noter que la conséquence de cette rejection fut une ivresse. C'était le moyen de culpabiliser des anciens buveurs et de les inciter par le biais de l'éthylisme à accompagner le « malade » chez un médecin où la demande pouvait être formulée.

Nous nous trouvions donc en présence d'un sujet déprimé, découragé nous exprimant que son drame était de ne pouvoir être lui-même et de devoir supporter

une réalité qui n'était pas la sienne, et s'intéresser dans un monde où sa véritable nature ne pouvait être ni reconnue ni acceptée. « Je suis une femme dans un corps d'homme et je n'éprouve aucune attirance pour les femmes. Je suis au contraire attiré par les hommes, mais je voudrais que ce soit eux qui me désirent. »

Il se défendait pourtant d'être pédéraste et des expériences de relations homosexuelles qu'il avait eues, il restait insatisfait et désabusé. Ce qui lui déplaisait et lui faisait repousser ce type de relation était d'être recherché en tant qu'homme. Il eut souhaité oublier ses attributs virils et trouvait repoussant et écœurant l'intérêt qu'y trouvaient ses partenaires. Il eut souhaité être recherché par un homme exclusivement attiré par les femmes. L'obstacle à la réalisation d'un tel désir était le pénis et les testicules qui lui faisaient horreur. Il fallait les lui enlever. Une fois supprimés, il ne pourrait plus être à cause d'eux un objet attirant et aurait plus de chances d'être désiré « pour lui-même ».

Il avait essayé, disait-il, de se mutiler, mais le courage lui avait manqué. Il craignait la douleur et souhaitait une intervention chirurgicale.

Il avait eu des relations hétérosexuelles. Ses dires sur ce point n'étaient pas concordants. Nous avons dit que l'intéressé avait subi deux cures de désintoxication à six mois de distance.

R. C... avait évoqué, lors de la première cure, ses difficultés psychosexuelles qui semblaient à l'époque correspondre à une homosexualité plus ou moins censurée. Il évoquait alors des relations hétérosexuelles qu'il aurait eues avec une prostituée plus âgée que lui, « ayant un an de plus que sa mère ».

Lors de la deuxième hospitalisation, R. C... ne mentionnait plus ce souvenir, mais disait avoir eu des rapports sexuels avec trois femmes. Dans deux cas, il s'agissait de prostituées rencontrées dans des maisons de passe, alors qu'il était militaire. La troisième aurait été une jeune femme de son âge qu'il décrivait comme étant elle-même invertie et connaissant des problèmes superposables exactement aux siens. Fille maigre, brune, habillée en garçon, elle se sentait plus homme que femme. Cette relation se serait poursuivie pendant plusieurs mois. Assez prolixe, R. C... donnait des détails : ils devaient se contenter d'une inversion de position pendant le coït et cet artifice ne permettait pas l'épanouissement qu'ils souhaitaient. Comme nous nous étonnions qu'une union n'ait pas sanctionné la rencontre de deux êtres au destin si semblable susceptibles à tout le moins de communier sur le plan des fantasmes, R. C... nous répliquait que le sort en avait autrement décidé puisque la fille, d'origine espagnole, était repartie avec ses parents. R. C... l'avait ainsi perdu de vue, mais il insistait sur le fait que, de toute façon, il n'y avait pas d'épanouissement possible dans sa situation sans l'intervention qui lui rendrait son véritable corps.

Il se référait sur ce point à des cas de changement de sexe rapportés par des journaux. Son cas, pour rare et apparemment extraordinaire, n'était pas unique, la science pouvait mettre fin à son drame.

Nous n'avons pas pu induire chez notre sujet un développement sur l'idée qu'il se faisait de l'intervention. Tout se passe comme si la castration aurait pu suffire et aboutir à une transformation corporelle complète.

Lui faisant remarquer que la morphologie sexuelle ne se limitait pas aux organes génitaux externes, nous lui demandions comment il pourrait acquérir une morpho-

logie féminine et plus particulièrement un buste féminin. Il envisageait pour cela « des injections susceptibles de donner le galbe nécessaire ». Il savait, nous disait-il, que cela se pratiquait dans certains milieux homosexuels.

Nous avons évoqué le fait que R. C... portait de nombreux tatouages sur le dos, le thorax, les avant-bras et les bras. Les sujets étaient divers, sans aucun aspect artistique, certains plus ou moins vaguement teintés d'un caractère ésotérique.

Lors du premier séjour, il avait signalé qu'il regrettait ces tatouages car, disait-il, « on peut s'imaginer que j'ai été en prison ». Ils avaient été réalisés en Algérie lors du service militaire. Comme nous tentions de lui faire remarquer que les tatouages ne se conciliaient pas avec les canons habituels de la beauté féminine, il nous rétorquait que, « en Egypte, les femmes étaient tatouées ».

La thymie était nettement dépressive, comme en témoignaient le faciès et l'allure générale. Les gestes étaient rares et le ton monotone, l'attitude soucieuse et morose. Le contact cependant était bon et, au cours de l'entretien, R. C... s'animait jusqu'à devenir assez prolixe. Comme nous le signalions, il semblait satisfait de parler de lui et d'avoir un auditeur réceptif.

R. C... exprimait son découragement, l'impossibilité de continuer à vivre dans cette situation. Il percevait ses difficultés comme une aliénation : « Je ne suis pas comme les autres hommes et je ne suis pas une femme, personne ne veut me comprendre... Ma vie n'a aucun sens. Il n'y a pas d'autre solution qu'un changement de sexe. Je suis malheureux, je n'ai envie de rien, je n'ai que cette idée en tête... »

Le sentiment d'isolement était très marqué et les perspectives d'avenir étaient nulles en l'absence de solution chirurgicale.

L'anxiété transparaissait dans l'attitude, la mimique, les remarques dysphoriques. L'amélioration du contact à mesure que l'entretien se déroulait, la détente que l'on pouvait alors constater semblait démontrer que cette anxiété était en rapport avec la perception de l'indifférence d'autrui. Cette indifférence et le sentiment d'isolement qui en était le corollaire étaient peu supportables à l'intéressé qui quêtait l'approbation et l'aide d'autrui. Il se sentait victime de l'incompréhension des autres et de leurs préjugés. Après tout, il était loin d'être une exception, disait-il. Des cas semblables au sien ni plus ni moins extraordinaires n'étaient-ils pas rapportés régulièrement dans la grande presse ? Ses ennuis venaient en grande partie des autres et un changement de sexe entraînerait un changement de statut social. Ceci serait de nature à supprimer toute équivoque et il pourrait rééquilibrer ses relations avec les autres sur des bases plus conformes à sa véritable nature.

Que nous apprend l'anamnèse ?

Né le 10 octobre 1937, R. C... était fils unique. Son père, ouvrier fondeur, devait être fait prisonnier en mai 1940 et rester en captivité en Allemagne jusqu'en 1945. Lors de la mobilisation, R. C... avait deux ans.

Il semble que sa mère ne l'ait élevé que dans la petite enfance. A six ans (1943), il était pris en charge par une tante, et resta avec elle jusqu'à l'âge de quatorze ans.

Il semble que la fidélité conjugale de la mère n'ait pas résisté à l'épreuve de l'éloignement prolongé du mari. Le divorce des parents fut en effet prononcé.

Parlant de sa mère, R. C..., assez prolixe, nous a paru mêler les fantasmes à la réalité. Il n'était pas embarrassé, malgré nos remarques, par les discordances de dates notées dans son récit. « J'ai mené une drôle de vie », nous disait-il, lorsque nous avons demandé quelques renseignements sur ses parents.

« Ma mère... je ne l'ai connue qu'à quatorze ans... Elle m'avait eu à dix-sept ans... c'est très important, quelque chose me dit ça... J'ai toujours été privé d'amour maternel... je l'ai compris comme ça... je suis né avant le mariage. Ce n'est pas bien et ça m'a fait un choc depuis ma tendre enfance... ça m'a poursuivi partout... mon enfance a été triste, beaucoup... elle a marqué une grande chose dans ma vie... »

Sa scolarité avait été faible, il vivait à la campagne et devait s'adonner aux travaux de la ferme.

De quatorze à vingt ans, jusqu'au service militaire, il avait travaillé dans une fonderie et devait devenir mouleur sur machine.

Il fit son service militaire en Algérie pendant les hostilités et devait être réformé après une pleurésie. Il avait été hospitalisé huit mois et avait ensuite bénéficié d'une convalescence de trois mois. Il l'aurait passée chez sa mère. Celle-ci était remariée. Le beau-père n'a pas toléré une prolongation de son séjour. Il se fit alors embaucher dans une ardoisière.

Evoquant son éthylisme, lors de la première cure, il signalait avoir accru sa consommation trois semaines auparavant à cause d'une brouille avec sa mère, à propos du passé : « Elle ne veut pas me comprendre... je crois que si elle m'ouvrait son affection, si elle cherchait à me comprendre, je n'aurais plus besoin de boire un seul verre. »

Agé de vingt-neuf ans, il était resté célibataire. « Il n'est pas facile pour quelqu'un comme moi, disait-il lors de sa première cure, d'envisager le mariage... c'est comme un complexe, je ne suis pas comme les autres hommes... et à cause de mes tatouages on peut s'imaginer que j'ai été en prison... De plus, je suis timide... Mes amies filles me considèrent comme un gamin. »

C'est alors qu'il évoquait un souvenir heureux : « Une fois, une fille bien plus âgée que moi (un an de plus que ma mère) n'a apporté de l'affection maternelle... Elle faisait tout comme si elle était ma mère... Je l'ai connue dans une maison de passe... Maintenant nous ne couchons plus ensemble, elle me donne l'affection d'une mère et moi je lui rappelle son fils qui a le même âge que moi... »

L'éthylisme paraissait à la fois réactionnel à ces difficultés psychologiques et en rapport également avec un souci de conformité au groupe.

Des militants d'un mouvement d'anciens buveurs travaillant dans la même entreprise le prirent alors en charge et l'engagèrent à subir une cure.

Nous avons expliqué comme se fit une deuxième hospitalisation, après rechute.

Roger C... présentait une personnalité assez particulière dont nous essaierons de définir les traits essentiels :

L'échelle de Wechsler-Bellevue révèle un quotient intellectuel moyen :

— Q.I. échelle verbale = 104.
— Q.I. échelle de performance = 106.
— Q.I. échelle complète = 105.

Mais ce qui nous paraît le plus intéressant de signaler, c'est que son intelligence moyenne, homogène, surtout tournée vers le concret, lui permettrait cependant d'effectuer un travail intellectuel, de niveau assez élevé.

En effet, son « attitude abstraite », au sens donné à ce terme par GOLDSTEIN, est intacte. Sa valeur créatrice est grande.

Il n'existe aucun indice de détérioration.

Anxieux, hyperémotif, incapable de persévérer dans une tâche, doutant de lui-même, Roger C... ne parvient à surmonter les difficultés. Il ne sait pas épanouir ses facultés réelles. Son acquisition scolaire est pourtant suffisante. En outre, il reste étranger à tout ce qui est social.

Nous n'avons pas rapporté tout le matériel recueilli au cours des entretiens. Il est inutile de mettre l'accent sur l'idée prévalente qui orientait toutes les préoccupations du sujet. La conviction d'être une femme était entière et inébranlable. Cette conviction envahissait par moment tout le champ de la conscience.

Nous ne ferons également que rappeler l'état dépressif de Roger C... provoqué par la contradiction existant entre la réalité et son rêve.

Nous voulons, par contre, insister sur d'autres traits cliniques relevés dans cette observation.

Tout d'abord, il n'est pas possible de ne pas remarquer l'imagination sous-tendue non seulement par l'idée prévalente, mais aussi par la personnalité immature du sujet.

Les traits mythomaniaques abondaient dans le récit de Roger C... Les questions que nous lui posions, l'intérêt que nous lui portions induisaient ses narrations, et Roger C... rapportait des situations plus ou moins romancées éloignées de la banalité quotidienne et dont il avait été le héros et le témoin.

Dans ces récits, la composante narcissique était évidente. Roger C... semblait désireux de capter et conserver l'intérêt de son interlocuteur. La gratification était acquise par l'attention de l'auditeur et la possibilité ainsi acquise de se constituer un personnage romanesque au besoin malheureux.

Il nous a été difficile de discerner la part de la réalité et celle de l'imagination dans la biographie. Certains éléments sont flous, alors que Roger C... s'étendait sur d'autres points, ne s'embarrassant ni de logique, ni de chronologie.

Nous avons pu ainsi bénéficier de plusieurs récits construits à partir de thèmes que l'intéressé semblait oublier ultérieurement.

Il ne nous a pas été possible de distinguer, comme nous l'avons déjà mentionné, la part de la fabulation de celle de la réalité.

Il semble que le récit s'organisait à la suite d'un vécu affectif qui fournissait le thème.

Nous avons rapporté comment les confidences du sujet sur sa mère l'avaient amené à exprimer ses revendications affectives lors d'un premier entretien. Il exprimait son besoin de protection maternelle en parlant de son alcoolisme : « Si elle m'ouvrait son affection, si elle cherchait à me comprendre, je n'aurais plus besoin de boire un seul verre. »

C'était la même frustration qui l'amenait à évoquer la liaison avec une prostituée à peu près du même âge que sa mère. Il ajoutait même qu'il avait le même âge que son fils.

Quelques jours après, nous retrouvions un thème voisin alors que l'entretien portait sur le séjour en Algérie. Nous n'avons pu obtenir des détails sur les circonstances qui l'avaient amené à se faire tatouer. Les réponses étaient vagues et floues, comme si cette question était sans intérêt.

Roger C... s'éveillait par contre, en rapportant des faits dramatiques auxquels il aurait été mêlé de loin. Il s'étendait plus particulièrement sur des relations d'amitié qu'il aurait nouées avec un ménage de Kabyles dont le fils combattait dans les rangs du F.L.N. et sur les marques d'amitié que ceux-ci lui prodiguaient, de ce fait l'assimilant à leur fils. Malheureusement, ces pauvres gens furent tués lors d'une attaque nocturne du village par les fellaghas et il était resté profondément meurtri...

Roger C... décrit aussi d'autres circonstances, il insiste en particulier sur son enfance « triste, si triste », comme nous l'avons déjà remarqué.

A ce sujet, évoquons quelques propos de FREUD :

Tout d'abord, la valeur affective et, à plus forte raison, pathogène d'un événement est différente chez l'enfant, selon qu'on l'apprécie dans son aspect objectif ou social d'une part, ou de l'autre sous l'aspect subjectif et imaginatif sous lequel il est évoqué : l'aspect qu'il faut s'efforcer de faire dépeindre par l'analysé aussi clairement qu'il lui est possible.

Très souvent, les événements qui ont le plus impressionné l'intéressé et qui paraissent avoir laissé en lui la trace la plus profonde étaient objectivement et socialement minimes, infimes même, jusqu'à passer entièrement inaperçus des témoins ou auteurs de l'événement.

L'enfance de Roger C... a-t-elle été aussi malheureuse qu'il le prétend ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un délire rétrospectif ? Ce qui nous importe, c'est que Roger C... vit actuellement son enfance comme ayant été triste.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur le conflit œdipien ? Qu'il ait pris une importance particulière chez Roger C..., cela va sans dire et tel n'est pas le but de notre exposé.

Roger C... avoue souffrir de son célibat : « J'aurais besoin de me confier à quelqu'un », nous affirme-t-il.

Sa solitude n'est pas du tout peuplée, pas du tout bénéfique. Aucune motivation altruiste, aventureuse ou religieuse ne peut lui apporter un sens. Au contraire, ne pouvant fonder un foyer, tout paraît à Roger C... irrémédiablement gâché.

Quoi qu'il en soit, d'une manière générale, il ne considère pas du tout la femme dans son rôle positif. Il n'affleure même pas ses fonctions de créatrice, d'éducatrice, de consolatrice.

Selon lui, la femme est désirée, il ne perçoit pas le don que d'une façon ou d'une autre, elle est capable de faire d'elle-même. Il semble se dire : « Si j'apparais aux autres comme une femme, je serai aimé. »

D'ailleurs, rien d'objectif ne suscite son intérêt. Il passe son temps à s'analyser lui-même, à se regarder dans un miroir au sens propre et au sens figuré.

L'isolement, le refus d'adaptation le narcissisme, l'affectivité perturbée sont évidents.

Nous devons également remarquer son angoisse qui se traduit dans toute son attitude.

Il existe, en lui, un besoin rapide de réaliser des désirs subits, même si ceux-ci ne sont pas appropriés à la situation.

Les tendances compulsionnelles de Roger C... trouvent leur expression la plus dramatique dans les essais d'automutilation, essais qui auraient pu être graves.

L'alcool constitue pour lui un dérivatif. Ses ivresses sont souvent réactionnelles. Parfois, elles ressemblent à de véritables réactions hystériques.

Les examens psychologiques le confirmeront ; d'ailleurs, son « moi » est faiblement structuré, avec absence d'horizon temporel.

Sa rigueur morale tend dans le domaine sexuel à une rigidité exagérée.

Roger C... proclame, en effet, son dégoût d'avoir été recherché par des hommes pour ses organes génitaux mâles.

Quelle horreur pour lui !

Ces hommes, d'ailleurs, selon son avis, sont non seulement d'odieux pervers mais, en outre, complètement inconscients de ses charmes féminins, lui qui s'est alors imaginé être désiré comme une femme.

Quelle déception !

S'il lui est donc arrivé, parfois, comme nous l'avons déjà dit, d'avoir des rapports homosexuels, c'est parce qu'il croyait que les autres le considéraient comme la femme qu'il est « réellement ».

N'éprouvant aucune satisfaction ni avec les femmes, ni avec les hommes, il y voit une preuve de plus de la nécessité d'une intervention chirurgicale, afin de lui donner accès à une sexualité correcte.

Mais est-ce bien un but positif recherché ou plutôt ne serait-ce pas une fuite de la réalité, une revendication affective ?

Roger C... se classe, selon ses propres déclarations, parmi les incompris, les victimes d'une société aberrante qui n'accède pas à son désir.

Il est inutile de lui parler des risques inévitables d'une intervention mutilante.

Il est impossible de lui démontrer ce que Jacques Decourt publiait dans la *Revue du Praticien,* en mars 1961, à propos de techniques opératoires chez les intersexuels :

> « Le pouvoir réel de la chirurgie demeure compris entre d'assez étroites limites. Que les techniques publiées soient innombrables ne doit pas faire illusion. Les entreprises les plus rentables sont celles qui créent des réceptables auxquels ne seront demandées que passivité et tolérance. Devant l'intersexuel, l'opérateur peut se poser la question glorieuse. Sera-t-il dieu, table ou cuvette ? Nous qui sommes médecins, nous savons bien ce qu'on recrute à coups de bistouris, ce n'est pas l'Olympe. »

Roger C... n'a cure des problèmes que pose la réalisation de son souhait. Il prend l'attitude d'un revendicateur.

Tout le monde doit entrer dans ses vues.

Tous ses malaises, son ennui profond, son dégoût de la vie sont les conséquences de ses attributs virils.

Tout ira bien quand ceux-ci lui seront enlevés.

Il n'admet à ce point de vue aucune réplique, aucune nuance.

Afin de considérer d'autres aspects de cette personnalité, rappelons quelques définitions données par Boven :

> « Qu'est-ce que le caractère ? Caractère veut dire empreinte. Comme toujours, l'étymologie révèle un sens profond. C'est l'empreinte par pression de la vie sur l'individu, de l'individu sur elle. En un mot, un caractère, c'est la psychologie d'un individu. »
> « Peindre le caractère, c'est peindre l'activité d'une âme, dans son milieu naturel, en faisant ressortir les particularités de sa manière d'être et d'agir qui l'individualisent. »

Si nous voulions peindre le portrait de Roger C..., qu'obtiendrions-nous ? Celui d'une femme ? Sûrement pas. Celui d'un angoissé plutôt.

N'étant en paix ni avec lui-même, ni avec autrui, Roger C... se sent mal adapté. Il se veut toujours autre qu'il n'est.

Dans l'existence, qui a toujours ce qu'il souhaite ? Qui voit ses vœux exaucés immédiatement ?

Une nature heureuse sait spontanément s'adapter aux circonstances, accepter l'inévitable et tirer le meilleur parti possible de sa vie.

Nous n'avons même pas à citer des exemples, ils seraient trop nombreux. Or, avant le traitement, il est impossible d'engager avec Roger C... un dialogue sur ce sujet.

Il n'y a pas que l'analyse qui compte. La synthèse aussi a son mot à dire.

Un caractère se compose de traits.

Ce sont, comme le dit Boven, des attitudes, des retouches dans le sens d'une adaptation meilleure au gré de l'individu.

Boven prend un exemple :

> « C'est ainsi qu'on ne connaît pas la vraie physionomie d'un parlement à ne connaître que les partis qui le composent. Encore faut-il savoir quelles alliances se sont conclues entre ces partis.
> « Les individus normaux sont donc des synergies et des hiérarchies de dispositions harmonieuses et bien adaptées au réel. »

Or chez Roger C..., cette harmonie avec la réalité n'existe pas. Il n'a pas su ou pas pu maîtriser, unifier ou équilibrer ses tendances. Ses dispositions ne se sont pas alliées ensemble. Elles forment un chaos disparate.

Par conséquent, en dépit des richesses de sa personnalité, Roger C... se réfugie dans l'imaginaire. Il brode un thème sur ses traits féminins. Quel homme n'en a pas ? Bien des qualités comme des défauts n'ont-ils pas, à la fois, un féminin et un masculin ? C'est justement l'alliance de tout cela qui, toutes les tendances refondues ensemble, constituera l'essentiel de l'homme, de la femme, de la personne.

Devant le déséquilibre de sa personnalité, Roger C... ressent une angoisse profonde. Elle s'exprime même parfois dans ses rêves. Par exemple, il nous dira : « Je rêve très souvent à un monstre qui m'empêche de passer... »

Or toute son angoisse a fini par se polariser sur la question sexuelle. Cette polarisation expliquerait pourquoi la rupture avec la monde n'a pas été complète. Semblable en cela à un paranoïaque, Roger C... perd pied avec le réel en un domaine précis. Il se sert de son délire comme d'une forteresse. C'est pour lui un mode de défense. Aussi veut-il convaincre les autres à tout prix.

Alby a d'ailleurs remarqué chez les trans-sexualistes mariés la fréquence surprenante avec laquelle le conjoint femme tolérait cette situation. Nous nous trouvons parfois devant non seulement un véritable vécu délirant, mais même des délires à plusieurs [1]. Ce délire masque la faiblesse du « moi ». L'intéressé ne peut suivre les inclinations de sa propre personnalité. Alors il se réfugie dans l'imaginaire. Mais en dehors des thèmes qu'il brode, il peut faire preuve d'une lucidité trompeuse. Ce qui suffirait dans certains cas à induire en erreur les autres.

Pour conclure les commentaires de l'observation de Roger C..., nous dirons que nous nous trouvons devant un homme normalement constitué sans aucune malformation physique.

Physiologiquement, il n'existe rien de particulier au point de vue génital.

D'ailleurs, Wilkins, nous le savons, conclut dans son syndrome chromosomique des syndromes de Turner que

> « la preuve chromosomique du sexe n'apporte pas un élément déterminant dans l'appréciation du comportement de l'individu examiné et n'exclut nullement la coexistence d'un psychisme et de tendances très féminines chez un sujet chromosomiquement mâle. »

En tout cas, aucune trace d'intersexualité, aucun conditionnement féminin n'existent chez Roger C... qui, en outre, se montre intelligent et lucide en dehors de toute question sexuelle.

Mais cette question sexuelle envahit tout le champ de sa conscience et, en l'entendant s'exprimer sur ce thème, nous avons l'impression d'assister à une sorte de rêve éveillé et nous ne pouvons nous empêcher de songer à une phrase de Monsieur le Professeur Delay :

> « L'on rêve ou l'on délire avec ce que l'on est avec l'avoir et l'être. »

Nous rapprocherons également Roger C... de ce sujet signalé par Burger-Prinz, sujet qui même après une intervention chirurgicale affirmait :

> « Dans mon cœur, je resterai solitaire jusqu'à la fin de ma vie, car je n'aurai certainement pas le bonheur de trouver un être humain qui aura pour moi la valeur de ce que l'on appelle tant bien que mal la résonance des âmes. »

---

(1) Dupré, « Les Folies collectives ».

Compte rendu de la psychologue

• *Tests passés du 17 au 30 juin 1966*

Le sujet semble très anxieux, tremblement léger des lèvres et des mains, bouche sèche, difficultés d'élocution, gorge serrée.

Très vite, raconte avec complaisance l'histoire de son enfance perturbée et chaotique avec, semble-t-il, un gros retentissement affectif.

Cependant, je n'ai pas l'impression d'un vécu authentique : impression de théâtralisme revendication. A d'autres moments du dialogue, impressions d'une tentative de rationalisation d'un problème non encore absorbé.

Dès que naît l'angoisse, attitude rigide, regard fixé dans le vide et fuite dans un monde intérieur.

Au Rorschach, la participation est excellente, l'intelligence apparaît riche et créatrice, stimulée par la vie intérieure, l'imaginaire, comme par les émotions. Cependant, le champ d'intérêts est limité et étroitement fixé sur le sujet. L'affectivité est très perturbée.

Type extraversif non confirmé par la formule secondaire.

L'angoisse et les pulsions non contrôlées, alternent avec des poussées sexuelles confuses avec inhibition.

Désirs irréalisables : source permanente de frustrations.

Besoins incomplètement évolués et acceptés par le sujet qui entraînent une fixation régressive. Ceci en accord avec le M.M.P.I. qui indique une exagération des intérêts féminins, et les dires du sujet parle de lui-même comme d'une femme.

Depuis plusieurs années, exprime le désir de subir une « opération chirurgicale » qui lui permettrait de cesser ses pratiques homosexuelles, ce qui le culpabilise beaucoup et de devenir une vraie femme très culpabilisé.

Les éléments d'hystérie semblent plus relever de la structure immature.

L'agressivité apparaît également comme un élément essentiel, tant dans le Rorschach que dans le T.A.T., avec l'angoisse et la culpabilité qu'elle implique. Elle apparaît directe au T.A.T. et au Rorschach, elle semble avoir engendré une peur de la castration importante.

Il est possible que l'agressivité ne pouvant être canalisée, entraînant une angoisse trop grande, ait été retournée en une passivité excessive où se retrouvent la docilité, le besoin de punition et d'humiliation qu'exprime le sujet et aussi ait influencé le choix psychosexuel.

Le « moi » est faible, peu structuré.

L'histoire du sujet explique les réactions d'abandonnisme, la revendication affective, les accès impulsifs et émotionnels non contrôlés, l'incapacité de supporter la frustration, les réactions dépressives et rend compte de l'aspect psychopathique du sujet, alcoolisme, poursuite pour vagabondage, homosexualité (passage à l'acte).

Une fixation prégénitale empêche tout accès à une vie sexuelle normale par fuite de la virilité, elle-même culpabilisée, comme il apparaît au Rorschach. Les personnages féminins sont flous, évités ou craints, en même temps qu'il y a une identification au personnage féminin du T.A.T.

Le manque de cadres, de normes sociales, de « rituels », autant que le manque d'affection et l'insécurité permanente n'ont pas fourni au « moi » un développement solide, ce qui provoque des mécanismes brutaux peu adaptifs : retournement en son contraire et repliement sur soi avec fuite dans l'imaginaire pour éviter les vrais problèmes.

L'identification psychosexuelle féminine est grande. Il n'apparaît au sujet d'autre solution que de devenir vraiment une femme ou de continuer d'être homosexuel.

L'impulsivité et le risque de passage à l'acte, le refus des problèmes et la fuite dans l'imaginaire sont de pronostic peu favorable.

• *12 février 1967 : Rorschach*

Structure intellectuelle fragile dont le niveau d'élaboration des perceptions régresse devant les affects. L'incohérence de la pensée du sujet tend vers le délire. L'affectivité du sujet est très riche et les mouvements de cette affectivité sont surtout tournés vers le monde extérieur, bien qu'une vie intérieure ne soit pas absente. Mais ces mouvements affectifs sont violents, impulsifs, et le sujet les subit passivement et anxieusement.

Par ailleurs, le sujet est incapable d'accepter sa propre réalité et son attitude confine au délire.

Le sujet refuse sa virilité et s'identifie massivement à une image féminine. Pour expliquer ce trouble sexuel, on peut formuler l'hypothèse d'une perturbation importante des relations mère-enfant. Le contenu des réponses du sujet est significatif du noyau homosexuel de la personnalité.

Paradoxalement, le sujet présente une assez bonne adaptation socale, mais étant donné la place de l'apparition des banalités dans le protocole, on peut penser qu'il s'agit d'une sorte d'adaptation secondaire à un processus pathologique.

• *18 mars 1967*

Le recul de la conviction délirante d'être une femme s'accompagne d'une poussée massive d'angoisse significative de la prise de conscience des troubles d'identification du sujet. L'investissement affectif du sujet est beaucoup trop important par rapport à l'investissement intellectuel et rationnel. Ceci est d'autant plus grave que les processus de contrôle du « moi » et de défense du « moi » sont inefficaces à contrôler l'angoisse du sujet aux planches noires et l'euphorie qui s'empare du sujet aux planches en couleur. Dans ces conditions, le sens des réalités ne peut être que précaire et ce d'autant plus que Roger C... ne possède pas les mécanismes intellectuels stéréotypés qui favorise le conformisme.

Ceci n'empêche pas la richesse de la personnalité du sujet, la finesse de sa sensibilité qui, malgré quelques bonnes kinesthésies, s'expriment surtout sur un mode passif. L'apparition des contenus régressifs, tels que les fleurs, les rayons de soleil, est significative de cette affectivité passive et régressive dans laquelle se noie le sujet.

CHAPITRE III

ESSAIS THERAPEUTIQUES

Certes, c'est de l'étiopathogénie que découle généralement une thérapeutique médicale.

Mais dans certaines maladies mentales dont l'origine est trop obscure, force nous est d'agir autrement. Il nous arrive parfois de nous attaquer uniquement à un symptôme.

Un essai de traitement peut d'ailleurs quelquefois aussi aider au diagnostic nosographique.

Nous nous contenterons de rappeler les éléments caractéristiques du trans-sexualisme en faveur d'une psychose [1] :

— caractères de l'idée prévalente ;
— sa force ;
— son caractère inébranlable ;
— la systématisation et les rationalisations qui l'accompagnent ;
— la revendication active qui en découle ;
— l'électivité des souvenirs ;
— rétrécissement du champ de conscience.

Tous ces facteurs sont présents chez Roger C...

Boss, Burger-Prinz et bien d'autres auteurs considèrent que le trans-sexualisme est une altération fondamentale des rapports du sujet avec le monde, autrement dit, une atteinte globale de la personnalité.

L'attitude de négation d'une réalité aisément contrôlable est pathologique. Roger C... affirme une conviction *a priori,* nie ce qui est l'évidence pour tous et revendique inconditionnellement la reconnaissance par autrui de son sentiment.

Dans ces conditions, comment envisager selon le désir de l'intéressé une intervention chirurgicale ?

(1) Alby, « La Place du trans-sexualisme en psychopathologie ».

D'ailleurs, dès le premier chapitre, nous avons déjà signalé toutes les objections. Nous n'avons donc pas à y revenir.

Rappelons-le cependant, ces objections sont à la fois d'ordre médical, psychologique, juridique, social. Elles visent non seulement le sujet lui-même (car la castration constitue une atteinte à son intégrité physique, sans aucune compensation en échange), mais elles visent également la société.

D'après les constatations de l'Avocat général LINDON, l'intervention chirurgicale soulève le problème de la valeur du consentement, celui du changement de l'état civil, de l'interdiction éventuelle du mariage, celui des conséquences de la mutilation pour l'homme (sur le plan militaire), tous problèmes intéressant l'ordre public.

Puisque nous ne pouvons pas, à tous les points de vue, envisager la solution proposée par l'intéressé : transformer un corps d'homme en un corps de femme, il nous faut adopter une autre attitude.

Comment essayer d'adapter le sujet à son sexe réel ?

Certes, nous avons songé aux méthodes psychothérapiques. Mais pour les employer d'emblée, bien des objections se font jour.

Notons tout d'abord le refus de l'intéressé lui-même. La décompensation est en effet totale.

Roger C... se réfugie de plus en plus dans un thème délirant.

Tous les psychiatres savent d'ailleurs que les techniques psychothérapiques ne peuvent pas s'entreprendre avec n'importe quelle maladie mentale, n'importe quand. Ce traitement si spécifique qui s'adresserait aux profondeurs de l'être se doit pour une efficacité valable de choisir le moment opportun.

Là encore, un rapprochement avec la mélancolie peut se faire. A l'heure d'un raptus anxieux, nous sommes bien obligés, que nous le voulions ou non, de recourir à d'autres méthodes qu'à une psychanalyse, si orthodoxe soit-elle.

Dans sa thèse, ALBY n'a-t-il pas résumé l'esprit médical de tous les temps par cette simple phrase :

> « Lorsqu'une maladie est incurable, il faut au moins s'efforcer d'en diminuer les inconvénients et de rendre la vie du patient aussi tolérable que possible, sans toutefois nuire aux intérêts de la société. »

PINEL, en faisant coucher l'aliéné, ne l'a-t-il pas élevé à la dignité de malade ?

Disons donc tout de suite que nous n'avons aucun médicament miracle, ni aucune recette magique à proposer pour le trans-sexualisme. Ne serait-ce pas trop beau, d'ailleurs, s'il en était ainsi en médecine, en médecine mentale en particulier. Toutes les recherches

scientifiques qui se poursuivent dans tous les domaines sont loin d'être terminées. Face à un trans-sexualisme, nous avons tenté de le traiter le plus médicalement possible et nous discutons sur les résultats de cet essai et ce que nous devons en déduire.

Lors de la seconde entrée de Roger C... au S.R.E., sa thymie est fortement dépressive. Comme nous l'avons déjà vu, une automutilation ou même un suicide sont à craindre. C'est pour remédier à cette thymie dépressive que nous sommes obligés de recourir à des neuroleptiques.

D'ailleurs, « on ne psychanalyse pas plus qu'on ne raisonne un délirant » (Professeur DELAY).

> « Mais ce ne sont plus des méthodes, des voies d'abord inventées par la science psychiatrique, mais bien une donnée reproduisant dans sa structure l'objet même de cette science, à savoir l'homme, réalité à la fois psychologique, organique et sociale. [1] »

Ceci confirme l'opinion émise depuis longtemps par d'autres auteurs. Monsieur le Professeur DELAY et ses collaborateurs ont résumé l'évolution de cette attitude psychiatrique en constatant :

> « De simples cures médicamenteuses administrées avec méthode et discernement ont transformé l'évolution de la plupart des psychoses aiguës et même chroniques et tendent à bouleverser l'organisation de la thérapeutique et de l'assistance aux malades mentaux. »

Depuis l'avènement de la sismothérapie qui n'est pas une panacée universelle et comporte des indications et des contre-indications, mais a apporté une variation quasi expérimentale des

> « modifications psychologiques profondes obtenues par les nouvelles thérapeutiques biologiques amènent à considérer l'existence d'une base organique de l'humeur » (ROUSSY).
> « L'humeur, nous dit le Professeur DELAY, est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. L'humeur est à la sphère thymique qui englobe toutes les affections ce qu'est la conscience à la sphère noétique qui englobe toutes les représentations. La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeurs comme la base de la vie représentative d'une échelle de consciences. »

Grâce aux neuroleptiques, aux tranquillisants, aux sédatifs, nous pouvons actuellement en psychiatrie agir du point de vue biologique.

---

(1) BALVET, « Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine ».

Cette action sur l'homme « être organique » est très complexe. Elle s'exerce probablement au niveau diencéphalique. La substance réticulée y aurait une part prépondérante. Des études sont en cours. Nous ne pouvons nous attarder ici sur ce qui concerne le système nerveux central et le système neuro-végétatif. Ce sujet est passionnant, très vaste. De nombreuses inconnues subsistent. Contentons-nous de parler brièvement d'un travail de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine de Marseille :

« Les chimiothérapies modernes utilisées avec discernement ont souvent le pouvoir d'apaiser l'angoisse, de tarir le jaillissement des productions délirantes ou hallucinatoires, de dissiper la tristesse, de réduire l'ébranlement produit par les expériences émouvantes. »

« On observe en règle, dans un premier temps, des effets rapides, relativement constants, prévisibles et indépendants de la structure de la psychose ; ces effets correspondent à la réduction de différents ensembles syndromiques qui expriment la dysrégulation de certaines structures aujourd'hui assez bien repérables à partir des données neurophysiologiques ; on peut citer à ce titre, la correction des troubles du sommeil, des troubles de la vigilance et des désordres thymiques, la sédation de l'agitation et de certains types d'angoisse, la régression de l'hypersthénie et de l'exaltation délirante. » (Claude Conte.)

Et qui continue :

« A ce qu'on pourrait ainsi appeler une " action aiguë " de la thérapeutique neuroleptique s'opposent des effets à long terme, intéressant des symptômes plus profondément intégrés à la personnalité. Ce deuxième type d'action thérapeutique se montre beaucoup plus lié à la forme de la psychose et à la structure prémorbide. Il paraît dépendre en première analyse du syndrome d'indifférence affective et de neutralité émotionnelle caractéristique de l'activité neuroleptique, dans la mesure du moins où ce syndrome est saisi comme conditionnant une modification globale de l'expérience du sujet à partir d'un remaniement du dynamisme pulsionnel qui sous-tend les symptômes. Mais sans doute faut-il tenir compte aussi d'autres types d'actions pharmacologiques à ce stade. On assiste en fait le plus souvent à une évolution complexe où s'imbriquent étroitement et à chaque étape, d'une part, différents types d'actions médicamenteuses, et, d'autre part, les remaniements subjectifs qui s'opèrent soit du fait de la réduction, de la " perte " d'un symptôme, soit en fonction du mode d'investissement des effets secondaires ; cette succession de paliers dont chacun rend possible et explique le suivant, cette imbrication d'effets pharmacologiques et de transformations compréhensibles en termes psychodynamiques, nous avaient conduit à reprendre l'expression de " processus thérapeutique " proposée par le Professeur Deniker. »

Nous allons analyser chez Roger C... les différents temps de la thérapeutique.

Au début, celui-ci uniquement axé sur son désir d'être une femme n'était pas accessible à une psychanalyse. Il n'était pas possible d'aborder avec lui sa réalité masculine. Roger C... se montrait fort déprimé.

Or sous traitement antidépresseur associé à une dose relativement importante de neuroleptique anxiolytique et sédatif — en l'espèce le nozinan —, l'amélioration a porté sur l'humeur.

Nous assistons également à une meilleure prise de contact avec la réalité. Les souhaits de castration disparaissent. Roger C... accepte sa condition d'homme. Il souhaite même épouser une femme.

Cependant, cette femme qu'il épouserait ne serait guère heureuse avec lui.

En dépit des apparences, la personnalité de Roger C... n'a pas changé. Les tests psychologiques nous révèlent son angoisse aussi profonde qu'auparavant, sinon plus, car Roger C... n'essaie plus alors de s'évader du réel pour lutter contre elle. Cette angoisse ne submerge plus le « moi » tout entier. Les mécanismes de défense ne sont plus utiles. Il existe, par l'intermédiaire des neuroleptiques, une sorte d'indifférence affective.

Roger C... n'est plus un exalté parce qu'il a repris contact avec la réalité, un abord psychothérapique devient possible.

Nous parvenons ainsi à un autre aspect du traitement psychiatrique. Nous pouvons en effet considérer que « la psychiatrie a la chance de s'être pourvue d'un arsenal thérapeutique qui donne confiance aux profanes.

C'est beaucoup grâce au médicament et à son activité que le désordre mental est de plus en plus assimilé à une maladie. Il s'agit d'améliorer encore la puissance thérapeutique du médicament, qualitativement et quantitativement, d'en assurer l'innocuité, d'en dégager les indications et la posologie les plus adéquates : ainsi, la chimiothérapie jouera pleinement son rôle qui est de préparer et de faciliter la psychothérapie.

Ceci dit, il est bien vrai que ces médications ne sauraient être qu'un temps du traitement et qu'en psychiatrie le traitement essentiel, le traitement de base, le traitement fondamental, c'est le traitement psychologique et social : la véritable voie me paraît être justement dans l'aide que les médicaments peuvent introduire dans la recherche de nouveaux contacts humains, d'une nouvelle approche du malade.

De la réversibilité des tableaux cliniques, les traitements modernes offrent d'innombrables exemples. Il nous montre la réapparition d'ac-

tivités que l'on avait pu croire à jamais détruites et qui avait seulement disparu ; il nous montre l'incessante transformation d'un syndrome en un autre syndrome, mutation qui témoigne de la non-spécificité de la plupart des états mentaux que différentes maladies peuvent réaliser au même stade d'évolution et la même maladie à ces différents stades. Dans cette échelle de niveaux, les uns les plus superficiels sont directement accessibles aux psychothérapies, les autres ne le deviennent qu'après avoir été soumis à l'action des physiothérapies. Ainsi chez des schizophrènes, il arrive que les chocs ou la lobotomie, en levant les barrages, en créant une nouvelle condition affective, permettent enfin d'obtenir un contact humain auparavant impossible, une relation interpersonnelle entre le malade et le médecin qui reste, en définitive, le but essentiel de la médecine mentale.

Le traitement physique ne fait alors que préparer le traitement moral et lui ouvrir la voie, l'un et l'autre, loin de s'opposer, se complètent et la clinique exige, non certes l'opposition, mais la composition des méthodes.

Chimiothérapie, préparation à la psychothérapie, ce n'est pas un fait nouveau. Dans le cas du trans-sexualisme, elle ouvrirait peut-être des perspectives nouvelles. Pour adapter le sujet à son sexe réel, il semble que bien peu de traitements physiques aint été tentés. Le problème de la psychochirurgie s'est déjà posé pour eux. Celle-ci n'a pas dû être pratiquée et cela se conçoit.

Quant à la sismothérapie et aux comas insuliniques, ils ont été réalisés, mais surtout chez des personnes dont le trans-sexualisme était apparu secondairement ou accompagné de bien d'autres syndromes mentaux. Le contexte apparaissait dans un délire de transformation schizophrénique.

Parfois l'intéressé se métamorphosait en des personnages tout à fait imaginaires, par exemple Catherine de Médicis. Les résultats obtenus ne pouvaient être analysés efficacement.

Dans les cas de trans-sexualisme pur où bien des opérations étaient parfois pratiquées, où bien des méthodes psychothérapiques — psychanalyse, psychodrame — sont mises en route d'emblée. Le sujet ne donne pas son assentiment et elles aboutissent le plus souvent à des échecs.

Ou encore, comme nous l'avons déjà dit, il faut se contenter d'une méthode palliative : par exemple, Henri, à qui était confié des travaux de secrétariat. Cette simple attention est quelquefois efficace. Les trans-sexualistes, nous l'avons signalé à maintes reprises, ont un vif besoin que l'on s'occupe d'eux. Le moindre intérêt qui leur est porté peut se montrer bénéfique.

Roger C... se disait heureux de recevoir nos lettres. Mais cette méthode, pour excellente qu'elle soit, est fréquemment insuffisante.

Or la chimiothérapie nous ouvre un jour nouveau sur le trans-sexualisme. Après l'arrêt du traitement, Roger C... est de nouveau tourmenté par les mêmes idées. Il recommence à parler de lui, au féminin. Il s'isole de plus en plus et s'éloigne de la réalité.

Son mode de défense contre l'angoisse est réapparu.

Ce mécanisme semblerait, par les souvenirs imaginaires qui s'y rattachent, par sa mythomanie, par ses fantasmes, se rapprocher des syndromes délirants. Il convient en particulier d'évoquer ici les délires d'imagination si bien observés par DUPRÉ :

> « La création imaginative peut être encore volontaire et consciente, elle mérite alors le nom de simulation ; elle peut être inconsciente et involontaire, c'est à cet ordre de faits que l'on réserve de préférence le nom d'hystérie, cette imagination qui s'ignore nous paraît étroitement apparentée au délire d'imagination. »

Nous avons noté, au passage, la personnalité de structure hystérique de Roger C...

Nous avons signalé aussi la faiblesse de son « moi ».

Roger C... a recours, pour y pallier, à des modes de défense nettement psychotiques, en l'occurrence un délire partiel.

Dans le livre de FALRET père, nous trouvons cette intéressante remarque :

> « Chez certains aliénés à délire partiel, les idées les plus extraordinaires, les plus bizarres surviennent tout à coup, sont acceptées par eux sans contrôle et peuvent dans certains cas devenir mobile d'action, sans autre motif que leur existence même dans la tête de ces aliénés. Il suffit qu'une idée quelconque traverse leur esprit pour qu'ils s'y attachent immédiatement comme à une vérité, sans se rendre compte de son origine, sans en éprouver d'étonnement et sans chercher à l'entourer de preuves et à lui donner des points d'appui. Qu'il nous suffise de signaler ici l'existence de cette espèce d'aliénés sur lesquels nous fixerons votre attention pour vous démontrer la production spontanée, c'est-à-dire sans cause appréciable des idées dans la folie. »

Déjà ESQUIROL avait fait du trans-sexualisme une monomanie. Nous ne sommes parvenus que fort tardivement à l'entité clinique du trans-sexualisme. Quant à son entité nosologique, elle n'a bien entendu pas été définie. Quand nous agissons sur le tonus instinctivo-affectif de base qui conditionne l'humeur, le malade reprend intérêt à la vie. Dans le cas de Roger C..., il peut alors se laisser stimuler par d'autres idées que par sa croyance imaginaire d'être une femme.

Après chimiothérapie, Roger C... ne délire plus, ne se montre plus trans-sexualiste. Mais le déséquilibre psychique demeure. La perte de contact avec la réalité doit avoir une origine profonde et affective.

Chez Roger C..., la conviction d'être une femme serait un mécanisme de défense délirant.

La chimiothérapie ne peut évidemment être considérée que comme une première étape, une préparation à la psychothérapie, puis à la réadaptation sociale. Dans la vie sociale, les hommes diffèrent par leurs modes de défense. AJURIAGUERRA a rappelé que l'homme, cet *homo sapiens,* ne détient pas seulement le fait de pouvoir se suicider sans aucune raison sociale, pour obéir à des hallucinations ou au cours d'un paroxysme anxieux. Soit durant la guerre, soit pendant la paix, il sait qu'une vie peut payer pour une autre vie. Il est capable de se suicider délibérément de sang-froid quand le mobile est noble, on appelle cela sacrifice héroïque de sa vie. Songeons aux opérations de sauvetage. En termes neurologiques, le circuit émotionnel d'homo est réglable à volonté par le circuit rationnel. Ce n'est pas du dehors, c'est du dedans que viennent ses bonnes et ses mauvaises pensées. Nous savons que toute notre activité est infiltrée des apports instinctuels et qu'ils constituent les linéaments sensorio-affectifs primitifs de ce que nous appelons notre activité cognitive. Tous nos actes ne sont pas l'expression de nos instincts primitifs, car l'expression de nos instincts primitifs change de valeur au cours de l'évolution.

> « Notre vie d'adulte n'est pas une activité instinctuelle dégagée de l'expérience, elle est le point de choc de la vie instinctive avec la réalité et le compromis " expériencé " de cette réalisation. Ce n'est pas amoindrir l'homme que reconnaître l'importance de ces apports instinctuels, car c'est le propre de l'homme que de s'en servir et de les dépasser. Il y a dans notre vie, l'accomplissement d'une histoire que nous avons construite sur des bases qui nous sont données et la possibilité de l'assumer qui confère à l'homme sa grandeur, ses faiblesses et sa responsabilité, c'est-à-dire son humanité. [1] »

En Roger C..., le point de choc de la vie instinctive avec la réalité a été perturbé. Nous ne connaissons pas suffisamment les raisons de cette perturbation. Quand nous agissons — du moins, il nous est permis de le supposer — sur les linéaments sensorio-affectifs, nous modifions en même temps que sa thymie le cours de ses pensées. Inversement, le circuit rationnel peut modifier le circuit émotionnel.

---

(1) AJURIAGUERRA, « Physiologie et pathologie du rhinencéphale ».

S'échapper de la réalité est devenu pour Roger C... le moyen de maîtriser son angoisse. Mais ce moyen constitue une désadaptation totale. Voici pourquoi il y a intérêt à ramener Roger C... au réel, à agir sur l'être organique avant d'aborder l'être psychologique et de tenter efficacement une psychothérapie.

Le Professeur DELAY a remarqué :

« Certains psychanalystes se refusent à aborder les cas soumis à une thérapeutique exogène, mais il arrive aussi que l'importance de certains symptômes rendent pratiquement inabordables des malades qui doivent d'abord être soignés par la méthode médicamenteuse avant de pouvoir être traités par des procédés analytiques. »

CONCLUSIONS

I. — Suivant la remarque de Monsieur le Professeur DELAY : « Les recherches psychanalytiques et endocrinologiques ont renouvelé l'étude des perversions sexuelles. »

Cependant nous ne rappelons que pour mémoire les différences essentielles qui opposent le trans-sexualisme et l'intersexualité.

D'ailleurs, le tableau clinique du trans-sexualisme a déjà été maintes fois tracé. Nous n'avons pas à y revenir.

Nous n'avons pas non plus, dans les conditions actuelles à discuter d'une étiopathogénie complexe.

Nous nous sommes donc bornés à relever quelques caractéristiques qui nous paraissent importantes et surtout à suivre l'évolution sous traitement.

II. — La personnalité assez particulière montre quelques traits essentiels.

L'imagination est sous-tendue par l'idée prévalente : « D'être une femme dans un corps d'homme. »

La mythomanie abonde dans ce sens.

Le narcissisme est évident.

L'égocentrisme domine l'affectivité.

Il convient également de souligner :

— l'anxiété ;
— l'hyperémotivité ;
— l'angoisse ;
— les pulsions incontrôlables ;
— les réactions hystériques.

L'intelligence est normale.

Mais les facultés réelles ne sont pas épanouies.

D'ailleurs, tout ce qui est social demeure étranger tant intellectuellement qu'affectivement.

Le « moi » est faible.

Les difficultés, de n'importe quel ordre qu'elles soient, ne peuvent pas être surmontées.

Les relations avec l'entourage sont profondément perturbées, aboutissent à un échec. L'isolement, le retranchement du monde extérieur deviennent de plus en plus patents.

La thymie est fortement dépressive.

En dépit d'une constitution physique masculine absolument normale, ce sont d'abord l'idée d'être une femme et l'état dépressif qui retiennent l'attention. Il semble en résulter un véritable vécu délirant.

Aucune conversation objective n'est possible. Tous les récits sont plus ou moins romancés, teintés de l'unique souhait d'être recherché par un homme, exclusivement attiré par les femmes.

Devant le refus d'accéder au désir de castration, une automutilation et même une tentative de suicide sont à craindre.

III. — Sous traitement neuroleptique et sédatif, il est possible d'observer :

— des modifications thymiques ;
— une diminution de la prégnance de la conviction délirante ;
— une meilleure acceptation du réel.

Le fait d'être un homme est apparemment accepté, ou du moins provisoirement toléré.

La demande thérapeutique elle-même se modifie.

Pourtant, les tests psychologiques indiquent non seulement la persistance, mais même l'augmentation de l'angoisse. Les mécanismes de défense contre celle-ci ont en effet disparu.

D'ailleurs, l'abandon du traitement fait apparaître, de nouveau, l'idée délirante d'appartenir au sexe féminin.

Il est donc permis de se demander s'il ne s'agit pas d'une forme clinique d'un délire d'imagination.

Du point de vue thérapeutique, le problème d'une psychothérapie se pose.

Or quand l'idée prévalente est au premier plan, ce trans-sexualisme paraît prendre l'allure d'un délire d'imagination sur une personnalité régressée trouvant des bénéfices secondaires dans la psychothérapie elle-même.

Dans sa *Psychopathia sexualis*, VON KRAFFT-EBING soulignait déjà :

« Il faut, dans tous les cas, étudier l'individualité de la personne perverse. On constatera alors presque toujours qu'il existe, en un point quelconque, un pont menant à l'état normal... la plupart le contestent... Quand nous tenons compte de ce que le penchant

sexuel ne se manifeste pas généralement tout d'abord par le désir d'un acte sexuel, mais souvent uniquement par le désir d'un rapprochement, d'un contact, d'une accolade, d'une pression, d'un baiser, nous comprendrons combien il faut examiner un sujet avec soin avant de pouvoir prétendre que, dans son cas, il n'existe point de pont menant à la vie sexuelle normale...

« Plus on pénètre dans la vie psychique, plus l'interrogateur et l'interrogé se persuadent qu'en effet, il y a la plupart du temps un pont. Ce n'est que l'analyse précise du cas qui montre où se trouve ce pont. »

Mais pour que cette analyse soit possible, tout délire doit être exclu. Malgré la lucidité qui existe dans les autres domaines, lorsque la conviction d'avoir une âme de femme envahit tout le champ de la conscience, la réalité ne peut être appréhendée avec l'intéressé. Ou le dialogue ne s'engage pas. Ou il rejoint, plus ou moins, des idées délirantes.

A un premier stade, la chimiothérapie s'imposerait donc.

A un second stade, peut se poser la psychothérapie après modification chimiothérapique susceptible d'amener une critique des troubles. La fuite dans l'imaginaire ne constitue plus un écran à la relation. Tout se passe alors comme si le « moi », devenu moins vulnérable, pouvait supporter l'approche du réel et, par là-même, autoriser une demande thérapeutique adéquate.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ADLER (A.). — La compensation psychique de l'état d'infériorité, suivi de : Le problème de l'homosexualité. (1 vol., 1956.)

ALBY (J.M.). — Contribution à l'étude du trans-sexualisme. (*Thèse,* Paris, 1956.)

— Le trans-sexualisme. (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile,* 1959, pp. 52-62.)

— Identité et rôle sexuels. (*L'Evolution Psychiatrique,* 1962, Th. 27, pp. 189-224.)

— Une demande de changement de sexe : le trans-sexualisme. (*L'Encéphale,* 1956, t. XXXV, pp. 41-80 ; t. XL, pp. 385-398.)

AUBERT (G.). — Trois cas de désir de changer de sexe. (*Thèse,* Lausanne, 1947.)

— Les androgènes dans l'organisme féminin. (*Rapports de la III^e Réunion des Endocrinologistes de Langue Française,* Doin-Masson édit., juin 1955, 87-247.)

BALVET. — La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. (*Comité Lyonnais de Recherches Thérapeutiques en Psychiatrie.*)

BARYLLA (F.). — Zur Psychosexuellen Bedenting der Kleidungbei Transvestitismus (*Zeitschrift Psychotherapie Mediz. Psych.,* 1956, 4-5, pp. 218-227.)

BATTIG (F.). — Beitraz zur Frage des Transvestitismus. (*Diss.,* Zurich, 1952.)

BENJAMIN (H.), GUTHEIL (E.A.) et all. — *Am. J. Psychotherapy,* 2 avril 1954.

— Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somato-psychic syndrom a symposium. (*Am. f. of Psychopath.,* 548, 2, pp. 219-230.)

BINDER. — Das Verlangen nach gechlecht sumwandlung. (*Zeit. Cl. Gesamte Neue und Psych.,* 1933, 143.)

BINET. — Le fétichisme dans l'amour. (1891.)

BIRKER (H.), KLAGES (W.). — Der Transvestitismus als sozials medizinisches Problems. (*Zeit. f. Psych. u. Med. Psych.,* 1961, pp.12-26.)

BLAKEMORE (C.B.). — The application of behaviour therapy to a sexual discorder experiments in behaviour therapy. (1964, pp. 165-175.)

BONAPARTE (Marie). — De la sexualité de la femme. (*Rev. Franç. de P.S.A.,* janvier-mars 1949, n° 18.)

BOSS (M.). — Sim und gehalt der sexuellen perversionnen. (Bern, Huber, 1952.)

BOVEN. — La science du caractère. (Neuchâtel et Paris, 1931.)

BROSTER (L.R.), ALEN et coll. — The adrenal cortex and inter-sexuality. (London, Chapmann and Hall, 1938.)

BURGER-PRINZ (H.), ALBRECH-GIESE (H.). — Zur Phänomenologie des Transvestismus bei Manners. (*Beitrage zur Sexualforsch.*, Stuttgart, F. Enke Verlag, 1953, Heft III.)

CAULDWELL (D.O.). — Psychopathia transsexualism sexology. (New York, décembre 1949.)

— Transvestism. (1956.)

— Transvestism men in female dress. (1 vol., 1956.)

CENDRON. — Rôle du chirurgien dans le cas d'ambiguïté sexuelle. (*Cahiers Laënnec*, 1962, n° 2, pp. 37-40.)

— La chirurgie réparatrice dans les états intersexuels. (*Revue du Praticien*, 1961, vol. III, pp. 725-737.)

CHEVALIER. — L'inversion sexuelle. (1893.)

CIBA FOUNDATION. — Colloquia endocrinology, vol. III : Hormones, psychology and steroid hormone administration.

CODET, COSSA-MIGAULT. — Féminisme psychique et débilité mentale. (*Encéphale*, 1930.)

DECOURT (J.) et GUINET (P.). — Les états intersexuels. (1962, 1 vol.)

DELAY. — Aspects de la psychiatrie moderne. Les dérèglements de l'humeur. Préface par G. Roussy.

— Etude de psychologie médicale. (P.U.F., 1953, pp. 146-163.)

DELAY et coll. — Le désir de changer de sexe ou trans-sexualisme. (*III^e Congrès Mondial de Psychiatrie*, 1963, vol. 3, pp. 349-354.)

DELAY et DENIKER (P.). — Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie.

DELAY (J.), DENIKER (P.), VOLMAT (R.) et ALBY (J.M.). — *Encéphale*, 1956.

DELAY (J.), DENIKER, LAMPERRIÈRE (Th.) et BENOIT (C.). — Histoire d'un travesti. L'éonisme. (*L'Encéphale*, 1954, t. XLIII, pp. 385-398.)

DESHAYES (G.). — Psychologie du suicide. (Paris, P.U.F., 1947, p. 347.)

DEUTSCH (D.A.). — A case of transvestism. (*Am. J. of Psychoth.*, avril 1954, 8, 2, 239-242.)

DEUTSCH (H.). — La psychologie des femmes. Traduction par le Docteur Benoist. (P.U.F.)

DIDIER, DUCHÉ (Jacques). — Problèmes psychologiques posés par les états d'ambiguïté sexuels. (*Cahiers Laënnec*, 1962, n° 2, pp. 41-46.)

DOREY (R.). — L'inversion psychosexuelle avec travestissement chez l'homme. (Lyon, Bosch frères édit., 1955.)

DUPRÉ. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.

EPSTEIN (A.W.). — Relationship of fetishism and transvestism tobrain and particulary to temporal lob dysfunction. (*The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1961, vol. 133, pp. 247-253.)

ESQUIROL. — Des maladies mentales. (Paris, Baillière, 1938.)

EY (H.). — *Etudes Psychiatriques,* Paris, Desclées de Brouwer, 1952, n° 12-13.

FAERGEMAN (P.). — Fantasies of menstruation in men the psychoanalytique quaterly. 1955, vol. 24, pp. 1-19.)

FÉNICHEL. — Théorie psychanalytique des névroses. (Paris, P.U.F., 1953.)

FREUD. — Trois essais sur la théorie de la sexualité.

GLAAS-JOHNSON, cité par KAMMERER.

GLAUS (A.). — *Monatschr. Psych. Neurol.,* 1952, 124, 845-858.

GREEN (R.), STOLLER (R.J.), MACANDREW (C.). — Attitudes toward sex transformation procedures. (*Archives of General Psychiatry,* 1966, vol. 15, n° 2, pp. 167-182.)

GREENBERG (N.H.), ROSENWALD (A.K.). — Transvestisms and pruritus perenei psychomatic. (*Medicine,* 1958, 2, pp. 145-150.)

GREENSON (R.R.). — Homosexualité et identité sexuelle. (*Congrès Int. de Stockholm ; — Revue Française de Psychanalyse,* 1965, t. 29, n° 4, pp. 343-348.)

GUTHEIL (E.A.). — The psychological background of transsexualism and transvestism. (*Symp. Am. J. of Psychoth.,* avril 1954, 8, 2, 231-239.)

HAMBURGER (C.), STURUP (C.), DAHL-IVERSEN (G.K.). — Transvestism. (*J.A.M.A.,* 1953, 132, 391-396.)

HAVELOCK-ELLIS. — Sexoaethische Inversion. (*Zeit. für Psychoth. und Medic. Psychoth.,* Stuttgart, 1913, 5, 34 fasc.)

HENRY (Y.). — Aspects biologiques et médicaux des pubertés précoces. (*Thèse,* Strasbourg, 1949.)

HERTZ (J.) et coll. — Transvestitism report on five hormonally and surgically treated cases. (*Acta Psychiat. Scandinavica,* 1961, vol. 37, pp. 283-294.)

HESNARD (A.). — *Journal de Sexologie Normale et Pathologique,* Paris, Payot, 1951.

HEUYER (G.), LEBOVICI (S.), DELL, PRINGUET et NOVELETTO. — *Comm. du Groupe d'Et. Neur. Psych. Inf.,* 21 novembre 1955.)

HEUYER (G.), LELORD (G.) et LAROCHE (J.). — Signification du transitivisme chez l'enfant. A propos de deux observations. (*Rev. de Neuropsych. Infantile,* 1958, pp. 326-342.)

HOFER (G.). — Tranvestitismus. (*Fortschritte der Neurol. Psychiat. und Ihrer Grenzgebiete,* 1961, fasc. 1, pp. 1-33.)

JOST (A.). — Les bases biologiques de l'interprétation de certaines anomalies sexuelles. (*Sté d'Endocrinologie,* Réunion du 9 juin 1956 ; — *Ann. d'Endocrinologie,* 1956, t. 17, pp. 479-485.)

KALLMANN, cité par KAMMERER.

KAMMERER (T.). — Homosexualité : étude clinique. (*E.M.C.,* « Psychiatrie », 1955, I, 37.105, I.10.)

KARL (M.), BOWMAN and BERNICE, ENGLE. — Medicolegal aspect of transvestism. (*The Amer. Journal of Psychiatry,* 1957, vol. 113, pp. 583-588.)

KINSEY (A.) et coll. — Sexual behaviour of the human female. (W.B. Saunders edit., 1943, 680.)

KLEIN (M.) et MAYER, cités par ROCHEBLAVE.

KLOTZ (H.P.), BOREL (E.), COLLA (R.). — Le travestissement hétérosexuel habituel, forme particulière des ambiguïtés sexuelles constitutionnelles. (*Sem. Hôp.,* 1965, pp. 3438-3444.)

KOUPERNIK (C.). — *Conférence à l'Evol. Psych.,* 1955.

KRAFFT-EBING (R.). — Psychapathia sexualis. (Paris, Payot édit., 1931.)

LACAN (J.). — La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. (*Thèse,* 1932.)

LANG, cité par KAMMERER.

LAVIN (J.). et coll. — Behavior therapy in a case of transvestism. (*The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1961, vol. 133, pp. 346-353.)

LE TESSIER (A.), THEILLIER (G.) et coll. — Nouvelle observation de deux testicules féminisants dans une même fratrie. Etude biologique avant et après castration de l'un de ces cas. Histoire d'un double changement de sexe. (*La Presse Médicale,* 1963, t. 71, pp. 1173-1176, fasc. 23.)

LINDON (R.). — *Recueil Gén. des Lois et de la Jurisp.,* 1956, 17, 545-549.

LOGRE (B.J.). — Le travestissement. (*La Revue du Praticien,* 1954, pp. 771-774.)

LUKIANOWICZ (N.). — Survey of various aspects of transvestism in the ligt of our present knowledge. (*The Jour. of Nervous and Mental Disease,* 1959, vol. 128, pp. 36-64.)

LYON-CAEN (G.). — La condition juridique de l'hermaphrodite. (Suppl. de la *Rev. du Praticien,* 1er juin 1961, IX, 7.)

MARANON (G.). — La evolution de la sexualidad y los estados intersexuales Madrid, Javier Morala, 1930, 1 vol., 266 p.)

— Les états intersexuels à la puberté. (In G. Laroche, « La Puberté », pp. 32-48. Paris, Masson édit., 1945.)

MARC. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. (Paris, 1840.)

MASSON (A.). — Le travestissement. (*Thèse,* Paris, Le François édit., 1935, 141 p.)

MAYR (J.), cité par DESHAIES.

MEAD (M.). — Male and female. (New York, W. Morrow, 1949.)

MEAD (M.), ERICKSON (M.) et al. — Colloque sur le développement de l'enfant, 1956, vol. III.

MITSCHERLICH (Ed.). — *Psych.,* 1950, 8, 448-477.

MOORE (K.L.), GRAHAM (M.A.), BAAR (M.L.T.). — The detection of chromosal sex. In hermaphroditism from a skin biopsy. (*Surg. Gyn. and Obst.,* 1953, 96, 6.)

NACHT (S.). — Rapport à la X[e] Conférence des Psychanalystes de Langue Française. (*Rev. Franç. de Psychanal.,* 1938, 10, 2, 173-291.)

— Homosexualité. (*Etude Psych.,* 1955.)

— Homosexualité. (*E.M.C.,* « Psychiatrie », I, 37.105, I.20.)

NACHT (S.), DIATKINE (R.). — Le « moi » dans la relation perverse. (*Communication au Congrès Int. de Psychanal.,* juillet 1955.)

NOBÉCOURT (P.). — Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse. (Paris, Flammarion, 1923.)

NORTHRUP (G.). — Transsexualism. (*Arch. of Gener. Psychiatry,* 1959, vol. I, pp. 332-337.)

OSTOW (M.). — Transvestism. (*J.A.M.A.,* 1953, 152, 16, p. 1555.)

OZERVIER (C.). — Transvestitismus und Klinefelter-Sondrom. (*Arch. Psych. und Nerven. Zeit. F.D.G. Neur. und Psych.,* 1958, vol. 198, pp. 198-209.)

PAULY (Y.B.). — Male psychosexual inversion transsexualism. (*Arch. Gener. Psych.,* vol. 13, n° 2, pp. 172-181.)

PETRITZER (B.), FOSTIER (J.). — A case study of a male transvestite with epilepsy and juvenile diabetes. (*The Journ. of Nervous and Mental Disease,* 1955, vol. 121, pp. 557-563.)

POPESCU SIBIUI. — Un cas rare d'inversion sexuelle criminelle. (*Annales Médico-Psychologiques,* 1958, pp. 279-285.)

RABOCH (Jan) and NEDOMA (Karel). — Sex chromatin and sexual behavior. A study of 36 men with female nuclear pattern and of 194 homosexuals psychosomatic medicine. (1958, vol. XX, number 1, pp. 55-59.)

RENARD (M.). — Troubles du comportement sexuel. (*E.M.C.,* « Psychiatrie », 1955, I, 37.105, G.10.)

ROBIN (Gilbert). — L'énigme sexuelle d'Henri. (1964.)

ROCHEBLAVE, SPENLE (A.M.). — Rôles masculins et rôles féminins dans les états intersexuels. (*Evol. Psychiatr.*, 137.)

ROWE (A.), WALL (J.). — Fetishism and transvestitism. (*The Journ. of Nervous and Mental Disease*, 1953, vol. 118, pp. 339-350.)

SAVITSCH (E. DE). — Homosexuality, transvestism and change of sex. (London, William Heinemann, 1958.)

SHANKEL (A.), CARR. — Transvestism and hanging episodes in a male adolescent. (*The Psychiatric Quaterly*, 1956, vol. 30, pp. 478-493.)

SHERWIN (R.V.). — The legal problem in transvestism. (*Am. J. of Psychoth.*, avril 1954, 8, 2, pp. 243-244.)

SCHIAVI (E.), FRIGHI (E.). — Un caso di travestitismo in una bambino di otto anni. (*Infanzia Anormale*, 1956, n° 15, pp. 3-10.)

STOCKHAMMER (Jacques). — Contribution à l'étude du tranvestisme. (*Arch. Suisses de Neurol., Neuroch. et de Psychiatr.*, 1962, vol. 90, pp. 110-168.)

STOLLER (Robert J.). — The mother's contribution to infantile transvestic behaviour. (*The International Journal of Psycho-Analysis*, 1966, vol. 47, fasc. 2-3, pp. 384-395.)

TESSON. — Ambiguïté sexuelle et liberté du choix. (*Cahiers Laënnec*, 1962, n° 2, pp. 47-59.)

THOMA (H.). — *Psych.*, 1957, 2, 82-124.

TOLENTINO. — Transvestitismo e transessualismo considerazioni sugli aspetti nosografico eziopatogenetico e clinico di un caso di autocastrazone in un transessuale. (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1947, vol. LXXXI, fasc. IV, pp. 909-940.)

VAGUE (J.). — *Presse Méd.*, 1964, 949-951.

— Fréquence des intersexualités somatiques aux voies génitales normales. (*Sté d'Endocrinologie*, Réunion du 9 juin 1956 ; — *Ann. d'Endocrinol.*, 1956, t. 17, pp. 485-489.)

WEISS (Edoardo). — Bisexuality and ego structure. (*The International Journal of Psycho-Analysis*, 1958, vol. XXXIV, parts 2-3-4, pp. 91-97.)

WESPHAL (C.). — Die Konträre Sexualempfindung. (*Arch. f. Psychiat.*, 1870, 2 Bd.)

WILKINS (L.), GRUMBACH (M.M.), WIJK (J.J. VAN). — Chromosal sex in ovarian agenesis. (*J. of Clin. Endocr. Metab.*, 1954, 14, 1270-1271.)

WORDEN (F.G.), MARSCH (J.T.). — Psychological factors in menasking for sex transformation. (*J.A.M.A.*, avril 1955, 157, 15, 1292-1298.)

WYRSCH. — Sebsverstümmelung eines Transvestiten. (*Schweiz. Mediz. Wochensch.*, 1944, n° 44.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e